Rok IV Seria II Kraków Nr 3 (1. II. 1948)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Wrocławskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Lekarzy P. P., Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia. Organ publikacyjny Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych.

Redakcja i Administracja: Kraków, Krupnicza 11a
Tel. 586-69
Konto P. K. O. Nr IV-310

Prenumerata kwartalna: 600 zł.

Komitet Redakcyjny: przew. prof. dr J. Kostrzewski. Członkowie: dr O. Anselm, dr M. Ciećkiewicz, dr J. Jasieński, doc. dr J. Kowalczykowa, doc. dr W. Mikułowski, prof. dr J. Miodoński, prof. dr Fr. Walter — Kraków, prof. dr W. Orłowski — Warszawa, dr J. Chlebowski, prof. dr F. Przesmycki — Łódź, prof. dr T. Pawlas, prof. dr M. Semerau-Siemianowski — Gdańsk, prof. dr H. Kowarzyk, prof. dr E. Szczeklik, prof. dr T. Zalewski, prof. dr W. Ziembicki — Wrocław, dr M. Trawiński — Sosnowiec.

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie

Redaktor odpowiedzialny: dr B. Giędosz

TREŚĆ:

CONTENTS:

Kwartalnik

LEKARZ WOJSKOWY

wydawany przez Departament Służby Zdrowia MON jest jedynym w Polsce czasopismem, poruszającym wszystkie zagadnienia wojskowej służby zdrowia. — Poza tym „LEKARZ WOJSKOWY" zamieszcza artykuły i prace z dziedziny medycyny ogólnej, notatki terapeutyczne, obszerny dział streszczeń literatury lekarskiej krajowej i zagranicznej oraz kronikę. — Specjalny dział „Skrzynki pocztowej" umożliwia czytelnikom otrzymywanie dodatkowych wyjaśnień, związanych z zagadnieniami wojskowej służby zdrowia. — Cena pojedyńczego numeru czasopisma wynosi 225 zł. Prenumerata roczna — 900 zł., kwartalna — 225 zł., płatna na konto czekowe PKO — I Nr 4547.

Adres Redakcji — Departament Służby Zdrowia MON. Warszawa, ul. Filtrowa 2/4. — „Lekarz Wojskowy".

WYTWÓRNIA BANDAŻY, PROTEZ, APARATÓW ORTOPEDYCZNYCH

FRANCISZEK ZIELIŃSKI

Kraków, ul. Starowiślna 14 – tel. 582-85

ISTNIEJĄCA OD 1930 R. – wykonuje: protezy nóg i rąk, aparaty ortopedyczne, gorsety szkieletowe i kosmetyczne, wózki dla chorych, nosze, podpory (kule), wkłady na stopy płaskie, pasy brzuszne i rupturowe

W Y T W Ó R N I A

CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA

„S A L U S" Sp. z ogr. odp

KRAKÓW, ZYBLIKIEWICZA 17, TEL. 562-26

Biuro sprzedaży: Kraków, ul. Grodzka 15, Telefon 592-23

p r o d u k u j e i p o l e c a

z a s t r z y k i l e c z n i c z e:

Amp. Aqua bidestillata . . 10 ccm
„ „ „ . . 20 „
„ Atropinum sulfur. 0,001 1 „
„ „ „ 0,0003 1 „
„ Calcium chloratum 10% 10 „
„ Calcium gluconic. 10% . 10 „
„ Camphora 0.2 . . . . 1 „
„ Coffein. natr. benz. 0,2 1 „
„ Glucosa 20% . . . . 10 „
„ „ 20% . . . . 20 „
„ „ 40% . . . . 10 „
„ Natrium chlorat. 10% . 10 „

Amp. Natrium jodic. 0,05 . . 10 ccm
„ „ „ 0,1 . . 2 „
„ Novocainum 0,01 . . . 1 „
„ „ 0,02 . . 1 „
„ Saliphenyl (domięśniowo) 5 „
„ „ (dożylnie) . 10 „
„ Salipulmin . . . . . 1 „
„ „ . . . 2 „
„ Strychnin. nitric. 0.001 1 „
„ „ „ 0,002
„ „ „ 0,003

Amp. Vitamin B_1 forte
„ Vitamin C forte
„ Strophantinum K
„ Adrenalinum
„ Tonophosphan forte
„ Euphiridinum

SALIBALSAM-maść przeciw bólom artretycznym i gośćcowym
Opak. à 30,0 i à 50,0

FRIGASAL-maść na odmrożenia.

PŁYN NA ODCISKI, fl. à 10,0.

LECZNICA ZWIĄZKOWA W KRAKOWIE

ul. Garncarska 11, tel. 507-72 i 508-28

wznowiła przyjmowanie chorych z wyjątkiem zakaźnych i umysłowych

POKOJE WSPÓLNE I SEPARATKI

Rok IV Seria II Kraków Nr 3 (1. II. 1948)

PRZEGLĄD LEKARSKI

Prof. dr JAN OLBRYCHT Kraków

Sprawy zdrowotne w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu

(Orzeczenie wygłoszone na rozprawie sądowej przed Najwyższym Trybunałem Narodowym w dniu 10 grudnia 1947).

Celem wyeliminowania wszelkich momentów emocjonalnych i subiektywnych, opinia moja jako biegłego w dziedzinie spraw zdrowotnych, higieny, wyżywienia i lecznictwa w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu nie będzie potrzebowała się opierać na mych osobistych obserwacjach z czasu pobytu w tym obozie, ani na zeznaniach przesłuchanych świadków, lecz będzie się opierać przede wszystkim na zupełnie przedmiotowej i do tego pierwszorzędnej podstawie, a mianowicie na pozostawionych oryginalnych niemieckich dokumentach i materiałach, które udało się zebrać Przewodniczącemu Krakowskiej Okręgowej Komisji Badania Zbrodni Niemieckich w Polsce Sędziemu Sehnowi i zgromadzone przedstawić mi do wglądu i przestudiowania.

W materiałach tych znajdują się dokumenty dotyczące spraw zdrowotnych, higieny, wyżywienia i lecznictwa, które z jednej strony, powiedziałbym od strony regulaminowej, przedstawiają istniejący w teorii stan zarządzeń, z drugiej strony dokumenty wykazujące niezbicie, że zarządzenia te nie były nigdy stosowane w praktyce, chciałoby się powiedzieć, że celem ich było papierowe krycie rzeczywistości, która z tą regulaminową teorią stała w rażącej sprzeczności. I gdyby nie klęska hitleryzmu, to ktoś postronny czytając kiedyś te regulaminy obozowe i dokumenty oraz studiując historie chorób więźniów i protokoły dokonywanych na nich zabiegów, mógłby przypuszczać, że obóz w Oświęcimiu był pod względem sanitarnym, higienicznym i leczniczym wzorowo prowadzony, że więzień oświęcimski był doskonale pomieszczony, odżywiony i odziany, a opieka lekarska nad nim roztoczona według ostatnich wymogów nauki i sztuki lekarskiej. Na szczęście pogrom hitleryzmu uniemożliwił zatarcie śladów zbrodni i pozostawił zbyt wielu świadków i dokumentów, co pozwala na zupełnie obiektywne i stanowcze stwierdzenie ich zakłamania i udowodnił, że wszyscy SS-manni począwszy od najstarszego aż do najmłodszego rangą działali zupełnie świadomie i celowo, aby przez masowe i izolowane morderstwa, głód, niewolniczą pracę, fizyczne i moralne udręki oraz pozbawienie opieki lekarskiej sprowadzić zagładę i wytępienie chwilowych i ewentualnie przyszłych mieszkańców tego obozu. Wszyscy ci ludzie byli narzędziami przemyślanego oddawna systemu, mającego zgodnie z ideologią narodowo-socjalistyczną zapewnić Niemcom opanowanie władztwa w Europie i w świecie.

Z regulaminu obozu koncentracyjnego (Lagerordnung für die Konzentrationslager) znajdującego się w tomie 21 karta 54 i następne wynikałoby, że „nowoprzybywających do obozu należy jak najdokładniej badać, podejrzanych natychmiast umieszczać w szpitalu obozowym i poddać obserwacji. Zajęci w kuchni obozowej oraz w kuchni dla SS-mannów więźniowie, mają podlegać stałej lekarskiej obserwacji w kierunku chorób zakaźnych. Lekarz obozowy ma się od czasu do czasu przekonywać o czystości więźniów. Więźniowie zgłaszający się jako chorzy mają być codziennie przedstawiani lekarzowi obozowemu do badania. W razie potrzeby przekazuje on chorych więźniów celem fachowego leczenia do szpitala. O symulantach, którzy chcą się w ten sposób uchylać od pracy, ma on zgłaszać w celu ich ukarania. Dla leczenia dentystycznego więźniów jest do dyspozycji lekarz-dentysta. Lekarz obozowy ma potwierdzać konieczność leczenia dentystycznego. Stale ma się lekarz obozowy przekonywać o sposobie przyrządzania i jakości pożywienia w kuchniach. O ewentualnych brakach ma natychmiast zgłaszać komendantowi obozu. Szczególnie troskliwie należy leczyć nieszczęśliwe wypadki, aby pełna zdolność zarobkowa więźnia nie ucierpiała. Więźniów, którzy mają być zwolnieni lub przeniesieni z obozu należy przedstawiać lekarzowi obozowemu, celem ich badania. Lekarzowi obozowemu podlegają przydzieleni mu lekarze, lekarz-dentysta i SDG, tudzież więźniowie-pielęgniarze szpitala obozowego. Lekarz obozowy jest doradcą komendanta obozu we wszystkich lekarskich, sanitarnych i higienicznych sprawach. O wszystkich znanych mu uchybieniach w obozie ma on natychmiast powiadamiać komendanta obozu. Wysyłane przez lekarza obozowego sprawozdania lekarskie do przełożonych jego władz, ma on przedkładać do wiadomości komendanta obozu.“

Wszystkie te postanowienia regulaminowe były w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu tylko martwą literą. Jakże bowiem przedstawiały się one w praktyce? O ile jeszcze więźniów opuszczających obóz np. wskutek zwolnienia lub przeniesienia do innego obozu lub więzienia przedstawiano lekarzowi obozowemu, to nowoprzybyłych do obozu jeńców nie poddawano badaniu lekarskiemu, lecz po wpisaniu generaliów, wzrostu i wagi nowoprzybyłego więźnia przez innych więźniów wpisywano stereotypowo do formularza (ärztliche Aufnahmeuntersuchung), że u więźnia nie stwierdzono żadnego stanu chorobowego (ein krankhaf-

ter Befund wurde nicht erhoben) i następnie bez względu na stan ich zdrowia stłaczano wszystkich przybyłych danym transportem więźniów w ciasnych izbach, mimo iż w transportach tych znajdowali się bardzo często ludzie wyniszczeni i zmaltretowani śledztwem policyjnym, przebytym bezpośrednio przed umieszczeniem ich w obozie oświęcimskim, a nawet kaleki, czego dowodem utrwalone zdjęciami stosy protez.

Jak wyglądały warunki mieszkaniowe, odzież, żywienie, zapadalność na choroby oraz opieka lekarska nad więźniami w obozie oświęcimskim aż nadto dokładnie i jaskrawo przedstawiają to zeznania świadków. Zeznania te znajdują potwierdzenie w dokumentach pozostawionych przez Niemców. I tak w obozie macierzystym (Stammlager) w Oświęcimiu stłaczano w blokach obliczonych na pomieszczenie w nich około 400 więźniów, 700—1000, a nierzadko nawet 1200 więźniów. Z obliczenia kubatury takiego bloku, opartego na podstawie wymiarów podanych w autentycznym planie bloku 11 wynika, że przy uwzględnieniu cyfry stłoczonych w bloku więźniów przypadało na jednego więźnia około 2 m³ powietrza. W filii obozu oświęcimskiego w obozie Brzezince, panowały pod tym względem jeszcze gorsze warunki. Podstawowym dla tego obozu był barak koński (Pferderstallbaracke) typu 260/9. Barak taki obliczony był na pomieszczenie w nim 300 więźniów. Ze znajdującego się w tomie 6 pisma kierownika magazynu odzieżowego z dnia 14. VII. 1944 wynika, że w baraku takim stłaczano 1000—1200 więźniów, tak że po odliczeniu przestrzeni pokoju starszego blokowego i kapo oraz magazynu żywnościowego przypadało na jednego więźnia około 0,28 m² powierzchni i około 0,75 m³ powietrza. Dla ilustracji nadmieniam, że według § 285 rozporządzenia naszego Ministerstwa Sprawiedliwości z dnia 20. VI. 1931 (Dz. U. R. P. Nr 71 poz. 577) „Objętość powietrza dla każdego więźnia powinna wynosić conajmniej: w celach wspólnych 13 m³, zaś w celach jednoosobowych 18 m³. W porze zimowej pomieszczenia zajęte przez więźniów mają być opalane i temperatura w nich nie może być niższą od 14° C, przy wilgotności względnej nie wyżej jak 75%."

I w tej dziedzinie potwierdzają stosunki oświęcimskie to, co na wstępie o zakłamaniu i chęci stworzenia teoretycznych pozorów powiedziałem. W wydanej przez Oberstabsarzta prof. dr F. E. Haag'a broszurze „Lagerhygiene" (J. F. Lehmanns Verlag, München—Berlin 1943) zebrane są niemieckie przepisy o organizacji obozów dla młodzieży Hitlera (Hitlerjugend), przesiedleńców (Umsiedler), niemieckiej służby pracy (Reichsarbeitsdienst), robotników przymusowych i jeńców wojennych. Wymagane w tych przepisach minimalne warunki mieszkaniowe przewyższają wielokrotnie te warunki, które istniały w rzeczywistości obozu oświęcimskiego. Charakterystycznym także pod tym względem jest, że kierownictwo obozu uznało za konieczne wprowadzenie zmian i ulepszeń w baraku końskim, w którym w Brzezince gnieździli się ludzie tysiącami przy przebudowie takiego baraku na szpital dla psów. Porównanie planu tego szpitala oraz planu porodówki dla świń (Abferkelstall) wykazuje w sposób jaskrawy większą dbałość o zwierzęta niż o ludzi (T. 19. K. 14 i 15).

O ile w obozie macierzystym, gdzie murowane bloki wyposażone były w piece, więźniowie radzili sobie własnym przemysłem z opalaniem bloków, o tyle w barakach obozu w Brzezince było to niemożliwe. Baraki te wyposażone były w prymitywne piece blaszane organizacji O. T. omurowane cegłami, których ciągi kominowe zbudowane wzdłuż całego baraku według pomysłu komendanta Hössa ogrzewać miały ciepłem gazów spalinowych wnętrze baraku. Baraki te zbudowane z desek były zimą i latem nieuszczelnione. W początkowym okresie w blokach mieszkalnych nie było podłóg. Więźniowie spali na siennikach rozłożonych na ziemi po 5-ciu na dwóch siennikach, przykryci strzępami jednego koca na dwóch lub trzech. W obozie macierzystym założono w późniejszym okresie jego istnienia, instalację wodną oraz klozety, kanalizując teren obozu. W obozie w Brzezince urządzeń tych aż do końca istnienia obozu w pełni nie uruchomiono. Lecz nawet w obozie macierzystym zdarzało się często, także i w późniejszym okresie, że brakowało wody, na skutek czego więźniowie nie mogli się umyć i utrzymywać ciała w dostatecznej czystości. Badający z polecenia Himmlera właściwości wody w obozie oświęcimskim prof. Zunker z Wrocławia stwierdził w swym pisemnym orzeczeniu z dnia 23. VI. 1941, znajdującym się w tomie 12, że woda w obozie oświęcimskim nie nadaje się nawet do płókania ust.

Obóz męski w Brzezince podzielony był na oddzielone od siebie drutem odcinki po 32 baraki. Dla całego takiego odcinka zbudowane były trzy baraki-ustępy. Czas korzystania z ich prymitywnych urządzeń był ściśle uregulowany i kontrolowany przez funkcyjnych ze specjalnego kommanda. Ponieważ przeciętnie około 30% wszystkich więźniów chorowało na biegunkę głodową, to niedostateczne wyposażenie w klozety było dla więźniów bardzo dokuczliwe, musieli oni przedwcześnie ustęp opuszczać i ustawiać się ponownie w ogonku. Ponieważ nie wydawano papieru klozetowego więźniowie używali, jak to wynika z przytoczonego poprzednio pisma kierownika magazynu odzieżowego z 14. VII. 1944, do tego celu kawałków szmat wyrywanych z bielizny. We wszystkich barakach obozu w Brzezince była podłoga gliniana, która w porach deszczowych zmieniała się w kałuże błota, zaś w porze suchej unosiły się z niej tumany kurzu.

O d z i e n i e wydawane więźniom nie chroniło ich ustrojów dostatecznie od wpływów atmosferycznych, zwłaszcza od zimna i wilgoci, było jednolitego typu zarówno dla więźniów pracujących pod dachem jak i dla więźniów zatrudnionych na wolnym powietrzu i to bez względu na stan pogody. Szczególnie obuwie nie odpowiadało wymogom higieny. Większość więźniów pracowała w drewniakach, które wywoływały otarcia skóry. Do otarć tych wskutek wspomnianych już niehigienicznych warunków dołączały się zakażenia i głębokie ropowice, które stanowiły olbrzymi odsetek schorzeń

chirurgicznych. Zarówno bielizna pościelowa, jak i bielizna osobista więźniów były rzadko i nieregularnie zmieniane. Bieliznę tę prano niedokładnie, tak że nierzadko otrzymywał więzień do zmiany bieliznę zawszoną. Wskutek fatalnych tych warunków higienicznych tysiące więźniów było dotkniętych wszawicą, świerzbem i figówką.

O ile chodzi o ż y w i e n i e więźniów, to z autentycznych dokumentów niemieckich, a przede wszystkim z ksiąg Instytutu Higieny w Rajsku (Hygiene-Institut der Waffen-SS und Polizei in Auschwitz O/S) wynika, że żywność wydawana więźniom obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu nie odpowiadała ani pod względem jakościowym ani ilościowym najprymitywniejszym wymogom żywienia. Mięso dostarczane kuchni więziennej dla sporządzenia zupy było bardzo często zepsute, pokryte pęcherzami, gnijące, w wielu wypadkach zaopatrzone w stemple, że nie nadaje się do użytku. Była to najczęściej konina, łby bydlęce, krew zwierzęca itp. produkty odpadkowe.

Według oficjalnego spisu (Speisezettel) kuchnia miała otrzymywać dziennie na każdego więźnia 250 gr ziemniaków i 750 gr brukwi. Ziemniaki nadchodziły do kuchni w stanie zgniłym, tak że po odrzuceniu odpadków nie nadających się do gotowania pozostawało zaledwie około 90—100 gr na dzień dla więźnia. To samo odnosi się do brukwi. Mięso otrzymywała kuchnia łącznie z kośćmi. W roku 1944 zaczęto wydawać konserwy, które również były bardzo często zepsute. Dla przyrządzenia pokarmu w kuchni więziennej zużywano wszystkie odpadki powstałe przy sortowaniu produktów przywożonych do Oświęcimia przez osoby zwożone tam masowymi transportami na wyniszczenie w komorach gazowych. Toteż nic dziwnego, że w zupie sporządzonej z tych odpadków znajdowano guziki, żyletki, sznurowadła, prezerwatywy itp. przedmioty. Przeprowadzone w pracowni chemicznej oznaczenie kwasoty tej zupy odpowiadało kwasocie octu stołowego, a badanie bakteriologiczne wykonane w Hygiene-Institut wykazało, że poddana badaniu pasztetówka dla więźniów (Häftlingsleberwurst) była zanieczyszczona bakteriami coli i proteus, a zatym bakteriami kałowymi. (Nebenbuch str. 76, 98 i 99). Orzeczeniem nr 26496 zamieszczonym na stronie 68 księgi pomocniczej (Nebenbuch) stwierdził wspomniany Instytut, że mięso pobrane do badania z kuchni więźniów obozu oświęcimskiego odpowiadało według klasyfikacji berlińskiej klasie II Nr 7 i pochodzi ze starej wychudzonej krowy. Mięso znajdowało się — według treści orzeczenia — w stanie początkowego rozkładu. W innych orzeczeniach stwierdził ten Instytut, że np. w pasztetówce dla więźniów znajdowało się od 47,9% do 71,3% wody i 14.3%—18.6% zawartości białka, a w kiszce dla więźniów (Häftlingsblutwurst) było 51—73,2% i 12,2—23,8% białka. W tzw. Häftlingsbrühwurst stwierdził ten Instytut 45,4%—78,5% wody i 13.2%—16,6% białka. Natomiast w badanych przez tenże Instytut wyrobach mięsnych przeznaczonych dla SS-mannów obozu oświęcimskiego wykazano we wszystkich zamieszczonych w książce orzeczeniach niższą ilość wody a wyższą ilość białka aniżeli wynosiła ilość owych składników w wyrobach tego samego rodzaju, przeznaczonych dla więźniów.

Wydawane więźniom pożywienie nie odpowiadało zupełnie zasadom higieny żywienia. Zawierało ono głównie węglowodany i było wybitnie ubogie w witaminy. Ponadto za małe oficjalne obozowe racje żywnościowe nie dochodziły w pełni nigdy do więźniów z powodu kradzieży wartościowych produktów, głównie białkowych przez SS-mannów i przez więźniów funkcyjnych, przez których ręce produkty te przechodziły. Uwzględniając te wszystkie momenty ustalili lekarze-więźniowie, którzy z tytułu sprawowanych przez nich w obozie funkcji mieli wgląd w te sprawy, że wartość kaloryczna otrzymywanego faktycznie przez więźnia pożywienia wynosiła około 1150 kalorii dziennie. Ta ilość kaloryczna pożywienia była zupełnie niewystarczająca i musiała w ciągu już niedługiego czasu, bo w ciągu kilku miesięcy, doprowadzić i doprowadzała do wyniszczenia ustroju i śmierci więźniów, głównie z powodu niedoboru białka i witamin. Niedobór białka był jednak znacznie większy niżby to z teoretycznych obliczeń kalorycznych wynikało, ponieważ przy pokrywaniu zapotrzebowania białka w diecie więźniów właściwie tylko z pokarmów roślinnych przechodziło około 20% całej ilości białka w stolec w formie niewyzyskanej. Znalazło to potwierdzenie w doświadczeniach, przeprowadzonych przez anglosaskiego badacza Hellera na szczurach (H. Heller, Proceedings of the Royal Society of Medicine, 1947. Vol. XL. Nr 7). Badacz ten zestawił dla szczurów dietę według wzorów diety dla obozów koncentracyjnych i przekonał się, że gdyby nawet szczurom nie ograniczać zupełnie ilości tego pokarmu, to zwierzęta te nie są w możności zjeść objętościowo takiej ilości tego pokarmu, aby ona pokryła istotne zapotrzebowanie ustroju i już po upływie 3-ch miesięcy zjawiał się u tych zwierząt zespół zmian charakterystycznych dla choroby głodowej. Obserwacje tego rodzaju były na porządku dziennym w obozie w Oświęcimiu, że więzień mimo, iż potrafił w ten czy inny sposób dostać i zjeść nawet 5 misek obozowej zupy, o ile nie otrzymywał innego jedzenia np. z tzw. „organizacji“ lub z paczek zapadał na chorobę głodową i to zazwyczaj po upływie 3-ch miesięcy. Znalazło to nawet swój wyraz w powiedzeniach SS-mannów „ein anständiger Häftling darf nicht länger als 3 Monate leben, sonst ist er ein Dieb“.

Na skutek niedostatecznego odżywienia pod względem ilościowym i jakościowym i zmniejszonej stąd odporności ustroju jest zrozumiałą kolosalna zapadalność więźniów na najrozmaitsze schorzenia, rozszerzanie się nawet drobnych spraw ropnych w rozległe ropowice i nagminne występowanie choroby głodowej. Choroba ta występowała w 2 postaciach. Albo w postaci obrzęków ogólnych, zaczynających się od kończyn dolnych i posuwających się coraz wyżej, albo w postaci suchej, w której głodujący wyglądał jak szkielet kostny z naciągniętą nań skórą. U osobników tych zanikała podściółka tłuszczowa, mięśnie wiotczały

i cieńczały, występowało coraz znaczniejsze osłabienie, twarz przybierała wyraz maskowaty, oczy w dal wpatrzone o źrenicach rozszerzonych, apatia i senność, zwolnienie i osłabienie wszelkich procesów życiowych, a zwłaszcza psychicznych, chorzy tacy źle widzieli i słyszeli, apercepcja, asocjacja, tok myślenia i w ogóle wszelkie reakcje były u nich zwolnione, stąd nadano im i ogólnie została przyjęta nazwa „muzułmanów", stąd także powolne wykonywanie zleceń, co było mylnie uważane za dowód biernego oporu i stało się powodem bestialskich udręczeń przez SS-mannów i funkcyjnych. Jakie formy przybierał głód więźniów obozu oświęcimskiego świadczą akta w sprawie więźnia Nr. 122060, który za kawałek chleba pozwolił sobie wyrwać obcęgami złotego zęba, lub akta w sprawie więźnia Nr. 158591, stwierdzające, że usiłował on wraz z drugim więźniem włamać się do chlewu, by wykraść stamtąd pokarm przeznaczony dla świń oraz rozkazy komendantury obozu, zawierające ostrzeżenie więźniów, by nie wyjadali odpadków ze śmietnisk, ponieważ w śmietniskach tych założono truciznę na szczury.

W miesiącach lutym i marcu 1945 zbadała zbrodnie niemieckie popełnione w obozie oświęcimskim sowiecka „Nadzwyczajna Komisja Państwowa dla ustalenia zbrdni niemiecko-faszystowskich agresorów i ich spólników". Oficjalne sprawozdanie jej zostało ogłoszone w formie komunikatu w czasopiśmie „Krasnaja Zwiezda" Nr. 106 z 8. V. 1945. Według treści tego komunikatu, Komisja ta zbadała przez swych lekarzy-ekspertów 2819 ocalonych chorych więźniów i stwierdziła, że 2189 z pośród nich, a zatem 91% chorowało na skutek skrajnego wyczerpania i głodowego wyniszczenia ustroju. Dokonane także sekcje 536 zwłok więźniów oświęcimskich ustaliły, że w 474 przypadkach śmierć nastąpiła wskutek wyniszczenia głodowego. Stan fizyczny takich wygłodzonych więźniów oświęcimskich przedstawia fotografia Nr. 39, zamieszczona w treści protokołu przesłuchania świadka Woycickiego oraz seria zdjęć chorych więźniarek, zbadanych przez Krakowską Komisję Okręgową w maju 1945. Komisja ta ustaliła wówczas, że np. więźniarka Nr. 44884 ur. 1914 przy wzroście 160 cm ważyła w czasie badania 25 kg; więźniarka Nr. 75700 ur. w roku 1922 po niespełna rocznym pobycie w obozie oświęcimskim ważyła około 25 kg, a więźniarka Nr. A 27858 ważyła 23 kg przy wzroście 155 cm. Do stanu tego doprowadziło tych więźniów niedostateczne wyżywienie obozowe. Odnośne bowiem badania pouczają, że człowiek dorosły nie pracujący fizycznie winien otrzymywać pożywienie, którego wartość kaloryczna wynosi na dobę około 2400 kalorii, zaś osoby pracujące fizycznie — zależnie od rodzaju ich pracy — pożywienie o dziennej wartości kalorycznej 3000—4500 kalorii. Podobne normy obowiązywały w więzieniach polskich stosownie do rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 1. VIII. 1923 (Dz. U. Nr 15, poz. 53). (C. d. n.).

Doc. Dr WŁODZIMIERZ MIKUŁOWSKI Kraków

Przyczynek do kliniki choroby Hand-Schüller-Christiana u dziecka.

(Ze Szpitala św. Ludwika w Krakowie. Prym.: Prof. dr Wł. Bujak).

Ilonka P. Nr prot. 8178/479, dziecko 3-letnie przybywa z prowincji dnia 23. IV. 1947 z powodu choroby trwającej od 10 miesięcy. Dziecko jest jedynaczką rodziców zdrowych. Brak poronień u matki. Dziecko karmione piersią do 8 miesiąca, zaczęło ząbkować w 8 miesiącu, chodzić w 15 miesiącu, mówić po drugim roku życia. Do czasu obecnej choroby dziecko chowało się zawsze zdrowo. Warunki życia dobre, mieszkanie słoneczne, suche z ogrodem. Choroba obecna zaczęła się przed 10 miesiącami a więc w 2 roku życia. Matka podaje, że na skutek uniesienia dziecka za rączkę ukazało się na grzbiecie lewej łopatki niebolesne zgrubienie, które nie ustępowało. Uznano je za skutek „zerwania ścięgien". Uproszony o poradę chirurg przepisał masaże i kąpiele, których stosowanie nie sprowadziło żadnej zmiany na lepsze, ani na gorsze. W 2 miesiące potem pojawiła się podobna wyniosłość w okolicy biodra lewego. W tym czasie zauważyła matka, że dziecko mizernieje, traci apetyt, ma wmożone pragnienie i oddaje dużo moczu, miewa od czasu do czasu kilkudniowe gorączki, a na skórze pojawia się swędząca wysypka, która nie ustępuje po maściach i zmusza dziecko do drapania.

Badanie stwierdza: dziecko na swój wiek małe, źle odżywione. Wzrost dziecka 86 cm zamiast 92 odpowiada dziecku 2-letniemu, waga dziecka 10 kg zamiast 13½ kg. odpowiada dziecku 1½-rocznemu.

Ciepłota ciała przy przyjęciu prawidłowa. Dziecko jest mizerne, blade, bez apetytu, wesołe, nie skarży się na żadne dolegliwości oprócz pragnienia i jest wolne od bólów. Owłosienie normalne. Skóra głowy owłosionej, policzków, klatki piersiowej, brzucha sucha, pokryta wykwitami drobnoguzkowymi, pokrytymi żółtymi strupami. Skóra wykazuje miejscami krwawe ślady drapania, jak w przebiegu świerzbu lub przewlekłego wyprysku i łojotoku (eczema seborrhoicum). Badanie jamy ustnej, zębów, nosogardzieli i uszu ujemne. Gruczoł tarczykowy, gruczoły karkowe, szyjne, podszczękowe i na obwodzie niepowiększone. Płuca, serce, narządy jamy brzusznej bez zmian. Tętno 120. Śledziona niepowiększona. Brak wymiotów. Brak kaszlu. Stolec normalny. Przy chodzie dziecko nieznacznie pochyla się, kulejąc. Obwód czaszki 46 cm. Kościec wykazuje nieznaczne ślady przebytej krzywicy. Obmacywanie kośćca stwierdza obecność guzowatego zgrubienia kostnego wielkości pięści na grzbiecie lewej łopatki, mniejsze zgrubienie na lewym talerzu biodrowym. Badanie rentgenologiczne (Dr Jan Dorawski) stwierdza: lewa kość biodrowa objęta jest zmianami w postaci wielkiego ubytku środkowej części talerza, zniekształcenia i rozdęcia konturu w okolicy kolców przednich, objawów patologicznego złamania na granicy talerza i pa-

newki (z zagęszczeniami sklerotycznymi, jak przy odbudowie tkanki kostnej). Lewa łopatka wybitnie zniekształcona, rozdęta, zajęta kilkoma torbielowatymi przejaśnieniami, bez widocznego naruszenia konturów zewnętrznych. Siódme żebro lewe jest podobnie wyraźnie zmienione na przestrzeni paru cm pomiędzy linią łopatkową a pachową. Pojedyńcze torbielowate przejaśnienie w linii łopatkowej ósmego żebra prawego.

Badanie rentgen. czaszki 26. IV. 1947 (Dr S p o t t o w a): sklepienie czaszki grubości odpowiedniej

1%, kwasochłonnych 0%, limfocytów 29%, płytek 200.000 w 1 mm³. Brak zmian w czasie krwawienia, krzepnięcia i w kurczliwości skrzepu. Myelogram mostka: myeloblastów 2%, obojętnochłon. promyelocyt. 11%, takichże myelocyt. 11%, takichże metamyeloc. 10%, takichże pałeczkow. 12%, takichże segmentow. 5%, kwasochł. myeloc. 2%, zasadochł. 2%, monocytów 1%, limfocytów 19%, erytroblastów 4%, normoblastów 21%. Odczyn Biernackiego 8 mm po 1 g, zawartość wapnia w surowicy 12 mg%, fosforu 2,7 mg%, cholesterolu 281 mg%





objawów ciśnienia śródczaszkowego nie wykazuje. Rysunek rowków naczyniowych i szwów prawidłowy. W tylnej części kości czołowej widoczne są wgłębienia ziarnistości Pachioniego. Siodełko tureckie bez zmian.

Badanie rentgenol. płuc, serca bez zmian. Badanie neurologiczne ujemne. Gałki oczne wykazują nieznaczny wytrzeszcz. Dno oka bez zmian. Odczyny tuberkulinowe Pirqueta i Mantoux ujemne.

Mocz o zwiększonej ilości dobowej jest barwy wodojasnej, o niskim ciężarze właściwym 1,003, o obniżonej zawartości chlorków 0.10%, nie zawiera białka ani cukru, osad moczu bez zmian. W kale brak jaj pasożytów. We krwi: hemoglobiny 80%, czerw. ciałek 4,860.000 w 1 mm³, ciałek białych 8.100 w 1 mm³, obojętnochłonnych 71%, pałeczkowatych 3%, monocytów 4%, zasadochłonnych

(norma 120—160), bilirubiny 0,78 mg%, cukru we krwi 87 mg%, po podaniu 15 g glukozy po ½ godz. 163 mg%, po 1 godz. 149 mg%, po 1½ godz. 134 mg%, po 2 godz. 95 mg%.

Odczyn Wassermanna krwi dziecka i rodziców ujemny. Odczyn Wassermanna u dziecka po prowokacji acetylarsanem ujemny.

Elektrokardiogram stwierdza częstoskurcz zatokowy, typ prawoskrętny.

Obserwacja dziecka wykazuje, że już w 6 dniu pobytu szpitalnego zjawił się pierwszy jednodniowy podskok ciepłoty do 39.4° bez uchwytnych objawów. Przez okres 8-miesięcznej obserwacji dziecko miewa wyskoki temperatury nieregularne pod względem odstępów, pod względem trwania i pod względem wysokości gorączki. Najwyższe podskoki gorączki dochodziły do 39,6°, najniższe do 37,5°, najdłuższa kryza gorączkowa

trwała 9 dni, najkrótsza 1 dzień. Uderzający był brak jakichkolwiek nowych objawów, w szczególności brak objawów nieżytowych ze strony nosogardzieli lub oskrzeli, brak obrzęku śledziony, brak zmian w moczu i we krwi kontrolowanej pod względem posiewów, aglutynacji paradurowych i obrazu rozmazów. Brak było także jakichkolwiek podmiotowych objawów: jak zmiana humoru, zmiana apetytu, bóle głowy, brzucha czy tp. Dziecko w czasie kryzy gorączkowej zachowywało się tak, jak zwykle i na nic się nie skarżyło. Dziecko wypija chciwie dużo płynów, bo do 5 litrów na dobę i wydziela dużo moczu, od 3 do 4½ litrów na dobę. Waga dziecka nie obniża się, ale podnosi się leniwie, z wahaniami dochodząc do 10.700 po 4 miesiącach.

Zastosowane w celu objawowo-leczniczym podawanie wewnętrzne, podskórne i w postaci tamponów do nosa wyciągu tylnego płata przysadki miało za skutek zmniejszenie pragnienia i wydzielania moczu do 1500 g na dobę. Leczenie to prowadzono przez szereg miesięcy z małymi przerwami. Wykonane przez chirurga (na Oddz. Chirurg. Szpit. św. Łazarza) nakłucie guza kostnego łopatki nie wydobyło treści, stwierdziło „maślaną" konsystencję guza. Chirurg uzależniał osteopatię od choroby ogólnej.

W przypadku opisanym objawami dominującymi były: zahamowanie wzrostu i wagi, moczówka prosta, zmiany w kościach w postaci ubytków i zniekształceń obrazu rentgenowskiego łopatki, miednicy, dwóch żeber, była hipercholesterolemia, była hipertermia nieregularna i bez przyczyny i wreszcie schorzenie skórne w postaci drobnych guzków, rozsianych na skórze owłosionej, na twarzy i na suchej skórze klatki piersiowej i tułowia. Na gałkach ocznych zaznaczony był dyskretnie wytrzeszcz. Na podstawie tych charakterystycznych objawów można było rozpoznać chorobę Hand-Schüller-Christiana czyli ziarnicę lipoidową.

W związku z tym zastosowano leczenie napromienianiem promieniami X zmian kostnych oraz próbowano na dłuższy okres podawania diety małotłuszczowej. Kontrolne badanie krwi, szpiku, zdjęć rentgenologicznych kości i kontrola objawów klinicznych dziecka nie wykazywały przez okres 8 miesięcy istotnych zmian poza wyżej wspomnianą objawową tylko poprawą moczówki prostej.

W przypadku naszym łatwo było wykluczyć sprawę zapalną szpiku kostnego (osteomyelitis), schorzenie kostne na tle gruźlicy, kiły wrodzonej, czy na podłożu nowotworowym (szpiczaki, chrzęstniaki), torbiele kostne Recklinghausena, czy białaczkę, czy ziarnicę złośliwą. Mogło chodzić tylko o ziarnicę lipoidową typu Hand-Schüller-Christiana, bo w chorobie Gauchera występują na pierwszy plan wątroba i śledziona, a w chorobie Niemann-Picka sprawa występuje u rasy semickiej, tuż po urodzeniu i kończy się rychło śmiercią. Jakkolwiek w obu tych chorobach chodzi również o pierwotne zaburzenie przemiany lipoidowej, to jednak w chorobie Gauchera komórki ustroju mają zdolność spichrzania cerebrozydów, zwłaszcza kerazyny, w chorobie zaś Niemann-Picka fosfatydów, zwłaszcza sfingomieliny, w ziarnicy lipoidowej typu Hand-Schüller-Christian w komórkach ustroju odkłada się cholesterol i jego estry.

Przypadek nasz odbiega tylko o tyle od schematu nakreślonego przez odkrywców tego zespołu chorobowego, że badanie rentgenologiczne nie stwierdzało ubytków w kościach czaszki. Z piśmiennictwa obejmującego dotąd opis 200 z górą przypadków choroby Hand - Schüller - Christiana wynika, że nie zawsze wszystkie charakterystyczne objawy chorobowe muszą systematycznie i regularnie występować.

S t r e s z c z e n i e

Opis kliniczny choroby Hand-Schüller-Christiana u dziewczynki 3-letniej. Przypadek jest przedmiotem 8-miesięcznej obserwacji szpitalnej. Dziecko wykazuje zahamowanie wzrostu i wagi (infantilismus), zespół moczówki prostej, okresowe, nieregularne hipertermie, wyrośla kostne na lewym talerzu biodrowym i na lewej łopatce. Rentgenogram kości stwierdza ubytki, zniekształcenia, rozdęcie konturu oraz torbielowate przejaśnienia kości biodrowej lewej, łopatki lewej i dwóch żeber. Rentgenogram czaszki zmian nie stwierdza. Nieznaczny wytrzeszcz gałek ocznych Skóra twarzy, tułowia, piersi i brzucha wykazuje przewlekłe drobne guzkowate wykwity łuszczące i swędzące. We krwi hipercholesterolemia (281 mg%). Opisany przypadek stanowi przyczynek kliniczny do zagadnienia tego zespołu, bo wskazuje na to, że wymagany przez C h r i s t i a n a objaw ubytków kości czaszki z obrazem rentgenowskim „flaneli zjedzonej przez mole" może wyjątkowo w tej chorobie brakować, nie zmieniając przez to istoty samego cierpienia ziarnicy lipoidowej.

PIŚMIENNICTWO:

1) A l b e r t Z.: Polski Tyg. Lek. Nr 28—31, 1947. — 2) B u j a k W.: Zarys Ped. 1947, s. 143. — 3) C h o d k o w s k a i B u s s e l - M o s z k o w s k a: Ped. Pol. 1939, XIX. — 4) C h w a l i b o g o w s k i i S c h u s t e r ó w n a: Pol. Gaz. Lek. 1937, s. 347. — 6) M a r g o l i s o w a A. i Z i e g l e r A.: Ped. Pol. 1932, t. XII, z. 5. — 7) N o w a k T.: Przegl. Lek. Nr 8, 9, 1947. — 9) R e n c k i: Pol. Gaz. Lek. 1927, (s. 857), 1928 (s. 56). — 9) S c h i e b e r: Pol. Przegl. Radiol. 1938, t. XIII, s. 57. — 10) U c h o c k a: Ped. Pol. 1932, 12, 342.

RESUMÉ

Contribution à la clinique de la maladie de Hand-Schüller-Christian chez l'enfant

par Prof. agr. W. Mikułowski

Description clinique d'un cas chez une enfant de 3 ans, observée pendant 8 mois à l'hopital: L'enfant présente l'arrêt de croissance et de poids (infantilismus), le syndrome du diabète insipide, une hyperthermie irrégulière, déformations osseuses de la hanche gauche et d'omoplate gauche. Radiologie des os découvre des éclaircissements cystiques à la hanche, à l'omoplate et aux deux côtes. Radiologie du crâne est négative. Mediocre

exophtalmie. La peau de la face, du tronc, du thorax et du ventre présente une éruption squameuse prurigineuse. Hypercholesterinaemie 281 mg %. Le cas prouve que les lésions de crâne ne sont pas toujours indispensables dans le tableau clinique de la granulomatose lipoidique.

ERNEST FERENS Kraków

Wyniki operacyjne uzyskane w zespołach uciskowych rdzenia kręgowego w 25 własnych przypadkach *)

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie. Ordynator: Dr J. Jasieński.

Omawiane zestawienie wyników operacyjnych, uzyskanych przeze mnie w sprawach uciskowych rdzenia i korzonków rdzeniowych, stanowi z jednej strony przegląd różnorodnych spraw uciskowych rdzenia, z jakimi neurochirurg spotyka się w praktyce, z drugiej zaś pozwala na wnioski o naszych możliwościach operacyjnych, zależnych od natury schorzenia i miejsca usadowienia ogniska chorobowego w kanale kręgowym.

Materiał dotyczy 25 przypadków własnych, operowanych przeze mnie w latach wojennych 1940—1944 na oddziale chirurgicznym Szpitala św. Łazarza w Krakowie, następnie w Klinice chirurgicznej U. J., a ostatnio (1945/46) na oddziale chirurgicznym Szpitala im. Prez. G. Narutowicza w Krakowie.

25 przypadków, to liczba zbyt mała, by objąć mogła w całości wszystkie zespoły uciskowe rdzenia kręgowego. Pominąć też muszę zupełnie milczeniem guzy wewnątrzrdzeniowe, które wg Rasmussena, Kernohana i Adsona (1940) stanowią 11% wszystkich guzów kanału kręgowego, ani jeden bowiem tego rodzaju przypadek nie dostał się w tym czasie na stół operacyjny. Ograniczam się wyłącznie do omówienia spraw uciskowych zewnątrzrdzeniowych, schorzeń zewnątrz- i wewnątrztwardówkowych.

Grupa spraw uciskowych rdzenia pochodzenia zewnątrztwardówkowego uwzględnia w moim zestawieniu sprawy chorobowe, wychodzące z kręgów, zarówno charakteru urazowego, zapalnego, jak i nowotworowego, dalej guzy tarcz międzykręgowych, wreszcie pierwotne nowotwory przestrzeni okołotwardówkowej. Sprawy uciskowe pochodzenia wewnątrztwardówkowego obejmują w moim zestawieniu 3 rozdziały patologii: a) zbliznowacenia pourazowe opon rdzeniowych, b) ograniczone do pewnego odcinka opon rdzeniowych sprawy zapalne, i c) nowotwory zewnątrzrdzeniowe. Zestawienie obejmuje wreszcie przypadki, w których zespół objawów klinicznych, świadczących o ucisku rdzenia okazał się zawodnym i otwarcie próbne kanału kręgowego dało wynik ujemny. Jak wiadomo zresztą i w tej ostatniej kategorii przypadków nie zawsze jesteśmy w stanie wyłączyć możliwość istnienia małych guzków, usadowionych na przedniej powierzchni kanału kręgowego lub sprawy zapalnej wewnątrzrdzeniowej względnie wewnątrzkorzonkowej.

*) Referat, wygłoszony na Zjeździe Chirurgów Polskich w Gdańsku (8—10 lipca 1946).

Następujące zestawienie przedstawia podział operowanych przypadków według rodzaju sprawy chorobowej:

Sprawy uciskowe rdzenia

I. Ucisk zewnątrztwardówkowy

1. wychodzący z kręgów	
a) złamanie kręgosłupa . . .	1 przypadek
b) ropnie okołotwardówkowe w przebiegu zapalenia szpiku kostnego łuków kręgowych i ropnie przerzutowe .	4 przypadki
c) gruźlica łuków kręgów i przestrzeni zewnątrztwardówkowej	2 przypadki
d) nowotwory złośliwe, przechodzące na kręgosłup z sąsiedztwa, względnie przerzuty nowotworowe do kręgosłupa	2 przypadki
2. guzy tarcz międzykręgowych	2 przypadki
3. guzy pierwotne przestrzeni okołotwardówkowej	3 przypadki

II. Ucisk wewnątrztwardówkowy:

1. zbliznowacenia pourazowe opon rdzenia	1 przypadek
2. sprawy zapalne opon	2 przypadki
3. sprawy nowotworowe	6 przypadków
4. inne sprawy chorobowe, przebiegające wśród objawów klinicznych, pozorujących ucisk rdzenia kręgowego względnie korzonków rdzeniowych .	2 przypadki
Razem . .	25 przypadków

Przy ocenie wyników leczenia operacyjnego, uzyskanych w tak różnorodnych sprawach chorobowych, których wspólną cechą było to tylko, że w ich przebiegu przyszło do ucisku rdzenia kręgowego, musimy przede wszystkim uwzględnić samą istotę schorzenia, dalej towarzyszące mu zmiany, powstałe w innych narządach i okazujące wpływ nieraz wybitny na stan ogólny chorego, a więc i rokowanie, wreszcie stopień oraz czas trwania ucisku, jakiemu podlegał rdzeń kręgowy, warunkujące odwracalność uszkodzenia rdzenia. Czynniki te decydują o tym, czy lęczenie operacyjne może okazać się skutecznym, czy sam zabieg jest leczniczym w ścisłym słowa znaczeniu, czy też tylko półśrodkiem. W przypadkach zmian daleko posuniętych, spóźnionych, w przypadkach powikłanych i beznadziejnych, zabieg z góry już musi być skazany na niepowodzenie, a osiągnięte przez usunięcie łuków kręgowych zniesienie, czy też tylko zmniejszenie ucisku, wywieranego na rdzeń, nie zawsze przedłuża życie choremu. Całkowite bowiem wypadnięcie czynności rdzenia kręgowego prowadzi, jak wiadomo, nieuchronnie do powstawania odleżyn i wstępującego zapalenia

odprowadzających dróg moczowych, które to powikłania, mimo zniesienia ucisku na rdzeń, zwykły sprowadzać zejście śmiertelne.

Śmiertelność pooperacyjna:

Zmarło w szpitalu wkrótce po zabiegu 5-ciu spośród 25 operowanych chorych. Śmiertelność przeto pooperacyjna wczesna wynosi 20%.

W dwu przypadkach szło o zewnątrztwardówkowe ropnie przerzutowe, zajmujące dość znaczny odcinek kanału kręgowego, ropnie, które poza uciskiem wywołały zapalne rozmiękanie piersiowego odcinka rdzenia kręgowego. Stan ogólny tych chorych był od początku zły, u jednego z nich wykazano ponadto obecność przerzutowych ropni nerki i ropnia okołonerkowego. Przypadek trzeci dotyczył 61-letniego mężczyzny z przerzutem raka wpustu żołądka do kręgosłupa i kanału kręgowego, czwarty 57-letniej kobiety z pierwotnym mięsakiem zewnątrztwardówkowym. W obydwu ostatnio wymienionych przypadkach istniały objawy zupełnego poprzecznego wyłączenia rdzenia kręgowego. W jednym z nich stwierdzono na sekcji obecność mnogich ropni nerek w przebiegu wstępującego zakażenia odprowadzających dróg moczowych. W ostatnim wreszcie przypadku szło o złośliwy śródbłoniak tylnego śródpiersia, który przeszedł na kręgosłup, zniszczył części przykręgowe dwu żeber i uciskał na rdzeń. We wszystkich tych pięciu przypadkach, które od początku można było uważać za stracone, zabieg polegał na odciążającym otwarciu kanału kręgowego dla zniesienia ucisku, wywieranego na rdzeń, nie osiągnął wszakże zamierzonego celu: ustąpienia objawów poprzecznego uszkodzenia rdzenia. Zabieg w tych przypadkach zmierzał do przedłużenia życia chorym i miał być ostatnią deską ratunku wobec bezskuteczności innych sposobów leczenia. W trzech spośród pięciu przypadków śmiertelnych potwierdził zabieg przedoperacyjne rozpoznanie istoty sprawy uciskowej (2 przypadki ropni zewnątrztwardówkowych i 1 przypadek złośliwego nowotworu śródpiersia, przechodzącego na kręgosłup). W dwu pozostałych, tj. przypadku mięsaka pierwotnego przestrzeni okołotwardówkowej i przerzutu do kręgosłupa raka wpustu żołądka, ustaliło dopiero następowe badanie mikroskopowe złośliwy charakter guzów, przy czym ognisko pierwotne raka w żołądku wykazała dopiero sekcja zwłok. W obydwu przypadkach ropni kanału kręgowego proces ropny zewnątrztwardówkowy toczył się na znacznej przestrzeni (w jednym z nich pomiędzy 7. kręgiem szyjnym a 6. piersiowym). Zabieg operacyjny polegał na szerokim otwarciu kanału kręgowego i sączkowaniu jamy ropnia. Zejście śmiertelne w tych przypadkach nastąpiło 5-go względnie 6-go dnia po zabiegu operacyjnym.

Wyniki późne

Z pozostałych 20 przypadków zmarło w czasie dalszych 2 miesięcy obserwacji szpitalnej 2 chorych (2 przypadki ropni kanału kręgowego), a po opuszczeniu szpitala 1 chory z gruźlicą łuków kręgowych i przestrzeni okołotwardówkowej. Zejście śmiertelne w tych przypadkach przypisać należy następstwom istniejącego przed zabiegiem poprzecznego porażenia rdzenia kręgowego. (Odleżyny, wstępujące zapalenie dróg moczowych). Pogorszenie się stanu chorego, a mianowicie nasilenie się niedowładu kończyn dolnych i zjawienie się odleżyn po odciążającym usunięciu łuków kręgowych spostrzegano w przypadku starego złamania 10. kręgu piersiowego, ze stłuczeniem i lekkim uciskiem rdzenia oraz w przypadku gruźlicy łuków kręgowych. W jednym przypadku, dotyczącym zbliznowacenia pourazowego opon rdzeniowych i ucisku na rdzeń szyjny, wycięto bliznę i zniesiono ucisk rdzenia. Stan chorej uległ po zabiegu poprawie, istniejąca przed zabiegiem sztywność mięśniowa ustąpiła, a niedowład kończyn zmniejszył się. Okres, jaki upłynął od usunięcia blizny wynosi zaledwie kilka tygodni, jest więc zbyt krótki, aby pozwolił na ostateczną ocenę przypadku.

Znaczną poprawę kliniczną, a mianowicie całkowite niemal ustąpienie objawów neurologicznych spostrzegałem w jednym przypadku przerostowego zapalenia twardówki (pachymeningitis hypertrophica) rdzenia piersiowego i w przypadku zlepnego zapalenia pajęczynówki ogona końskiego. Dwa przypadki operowałem z powodu podejrzenia, iż mamy do czynienia ze sprawą uciskową rdzenia kręgowego względnie korzonków ogona końskiego. W jednym z nich wydawał się potwierdzać to rozpoznanie i wynik myelografii, przy zabiegu natomiast, jak już wspomniałem, nie stwierdziłem, aby rdzeń względnie jego korzonki miały być uciśnięte. Mimo to zejście tych przypadków było pomyślne. W jednym z nich można było mówić o wyleczeniu operacyjnym, w drugim o wyraźnej poprawie i przywróceniu zdolności do pracy. W jednym z przypadków gruźlicy łuków kręgowych i przestrzeni zewnątrztwardówkowej poprawa kliniczna zaznaczyła się dopiero w rok po przeprowadzeniu laminektomii odciążającej.

Zupełne wyleczenie uzyskałem w 10 przypadkach dobrze odgraniczonych guzów zewnątrztwardówkowych i guzów zewnątrzrdzeniowych, leżących wewnątrz worka twardówki, mimo iż w części tych przypadków objawy porażenne były daleko posunięte. Budowa mikroskopowa usuniętych guzów odpowiadała w dwu przypadkach guzkom chrzęstnym tarcz międzykręgowych, w pięciu przypadkach nerwiakom korzonków rdzeniowych, w dwu przypadkach oponiakom (1 zewnątrz twardówki, 2 pod pajęczynówką), w jednym wreszcie szło o zewnątrztwardówkową torbiel surowiczą. Wszystkie nerwiaki, oponiaki i torbiel zewnątrztwardówkowa leżały na poziomie piersiowego odcinka rdzenia kręgowego, natomiast dwa przypadki guzków chrzęstnych tarcz międzykręgowych dotyczyły 4. lędźwiowej tarczy międzykręgowej. Czas obserwacji tych chorych przekracza w niektórych przypadkach 6 lat, uzyskana więc poprawa względnie wyleczenie wydają się trwałe.

Omówione wyniki odległe leczenia operacyjnego przedstawiają się więc następująco:

	ilość przypadków	odsetki
wyleczenie	11	44%
poprawa	5	20%
brak poprawy wzgl. pogorszenie	1	4%
zejście śmiertelne	8	32%

Korzystny wynik leczenia operacyjnego uzyskałem zatem w 16 z 25 przypadków, a więc w 64% operowanych chorych. Zwartą grupę stanowią w moim zestawieniu dobrze odgraniczone guzy zewnątrz- i wewnątrztwardówkowe, usunięcie doszczętne których dało we wszystkich przypadkach trwałe wyleczenie. Wysoka śmiertelność (32%) dotyczy wyłącznie przypadków nowotworów złośliwych pierwotnych, przerzutów nowotworowych, ropni i gruźlicy kanału kręgowego i znajduje wytłumaczenie w spóźnionym okresie choroby, kiedy już porażenie rdzenia okazało się nieodwracalne. Niewątpliwie wczesne odciążenie rdzenia kręgowego przed wystąpieniem porażeń i w tych przypadkach spóźnionych dałoby inny wynik końcowy, a w części przypadków, jak np. w przypadkach ropni kanału kręgowego, mogłoby nawet zapewnić wyleczenie chorego.

Uzyskane wyniki odpowiadają mniej więcej wynikom mniejszych zestawień, ogłaszanych w ostatnim dziesięcioleciu przez innych autorów (Liedberg, Ranzi i Sgalitzer, Krayenbühl). 100% wyleczenie, uzyskane w przypadkach guzów zewnątrzrdzeniowych, dobrze odgraniczonych, dowodzi, że decyduje o wyniku przede wszystkim rodzaj sprawy chorobowej i jej okres rozwojowy.

PIŚMIENNICTWO:

Krayenbühl H.: Diagnose und Therapie der chronischen Rückenmarkskompression unter besonderer Berücksichtigung des Rückenmarkstumors. Schw. med. Wochschr. 1940, II, 1049 — Liedberg N.: Zur Frage der Klinik u. Therapie der Rückenmarkstumoren,. Act. chir. scand. 1936, 77, 452. — Ranzi E. u. G. Sgalitzer jr: Über die Ergebnisse unserer Operationen wegen Rückenmarkstumors. Wiener Klin. Wochschr. 1937, I, 777. Zbl. ges. Neur. Psych. 1937, 86, 541. — Rasmussen Th. B., Kernohan J. W. a. Adson A. W.: Pathologic classification with surgical consideration of intraspinal tumors. Ann. surg. 1940, 111, 513. Zbl. ges. Neur. Psych. 1942, 101, 190.

SUMMARY

The results of surgical treatment in twenty-five cases of spinal cord compression.

by Ernest Ferens, M. D.

The author gives an account of twenty five patients operated upon (1940—1945) for medullary compression due to different processes of traumatic, inflammatory and blastomatous origin. In reviewing the effects of surgical procedures on the spine and spinal cord one must take into consideration the character of the lesion, the accompanying alterations of other organs and the degree of the cord compression. The results after relief of the medullary compression were satisfactory in almost one half of the patients. There was improvement in about one fifth of the patients and in the remaining nine patients, who had advanced disturbances of the cord before laminectomy, was the operation a failure. There were five postoperative deaths in cases of malignant and metastatic growths and epidural abscesses. The best effects obtained in ten cases of benign encapsulated extramedullary tumors (meningeomas, neurinomas, tumors of the intervertebral discs, extradural cyst) prove the nature of the lesion and its developmental stage to be essential for the end results.

J. FIDELUS Kraków

Działanie tyroksyny i metylo-tiouracylu podanych jednorazowo

(Z Zakładu Biologiczno-Embriologicznego U. J. Kierownik: Prof. dr S. Skowron).

Hamujące działanie tiomocznika, tiouracylu i ich pochodnych na czynność gruczołu tarczowego zaznacza się też wyraźnie w opóźnieniu przeobrażenia kijanek żab. Badania przeprowadzone przez A. M. Hughesa i E. B. Astwood'a, (Endoocrinol, 1944) nad kijankami Rana clamitans wykazały, że tiouracyl podawany dłuższy czas w stężeniach 1:2000 i 1:8000 wstrzymuje przeobrażenie kijanek na przeciąg dwóch miesięcy w porównaniu z kijankami, u których metamorfozę wywołano działaniem tyroksyny. Podobne wyniki otrzymał Gasche (Experientia 1946) na larwach Xenopus laevis przez podawanie w określonych stadiach rozwojowych tiomocznika i tiouracylu w stężeniach 1:5000 i 1:2500. Stężenie 1:20.000 nie wywiera natomiast wpływu na czas przeobrażenia. Opóźnienie metamorfozy kijanek Rana temporaria zostało również wykazane przeze mnie i P. Słonimskiego (C. R. Soc. Biol. w druku) przy stosowaniu soli sodowej metylotiouracylu w stężeniach 1:2000 i 1:1000 oraz nieznaczne opóźnienie przy stężeniu 1:10.000 i 1:100.000.

Fakt hamowania przeobrażenia kijanek przez tiomocznik i tiouracyl nasunął myśl, aby w doświadczeniach na tym materiale zwierzęcym wyjaśnić częściowo mechanizm wzajemnego działania tych związków chemicznych. Hughes i Astwood, stosując zastrzyki tyroksyny w stężeniu 1:2,000.000, wywoływali szybsze przeobrażenie kijanek, przy czym równoczesna obecność tiouracylu w stężeniu 1:2000 nie hamowała przeobrażenia. Natomiast kijanki, którym wstrzykiwano tyreotrofinę podając równocześnie tiouracyl w stężeniu 1:2000 nie ulegały przeobrażeniu. Badania te potwierdziły więc wyniki pracy E. B Astwood'a, J. Sullivan'a, Adele Bissell'a i R. Tyslowitz'a (Endocrinol. 1943) wykonanej na szczurach, u których tiouracyl nie hamował działania tyroksyny. Potwierdzeniem tego wniosku są też wyniki Gasche'go, który wykazał, że przeobrażenie larw Xenopus laevis pozbawionych tarczycy i przysadki przebiega normalnie przy ciągłym podawaniu tyroksy-

ny równocześnie z tiouracylem lub tiomocznikiem. Wyniki doświadczeń na kijankach H u g h e s'a, A s t w o o d'a i G a s c h e'g o, odnoszące się do jednoczesnego działania tyroksyny i tiouracylu na przeobrażenie kijanek uzyskano jednak przez d ł u g o t r w a ł e działanie obu tych związków na kijanki.

Celem mej pracy było wykazanie, czy j e d n o r a z o w e podanie mieszaniny tyroksyny z solą sodową metylotiouracylu *) wywiera wpływ na przeobrażenie kijanek. Do doświadczeń użyłem kijanek rozwijających się ze sztucznie zapłodnionych jaj R. t e m p o r a r i a. Kijanki trzymałem w naczyniach ½-litrowych po 10 sztuk. Woda zmieniana była co trzeci dzień. Jako pokarmu używałem żółtka gotowanego jaja kurzego.

W matematycznym opracowaniu przyjąłem za podstawę rachunek wyrównawczy wg J. B u r n'a (Biolog. Auswertungsmethoden 1937). W analizie matematycznej stosowałem metodę najmniejszych kwadratów, która uwzględnia następujące wartości:

l = średnia arytmetyczna
d = odchylenie od średniej artm.
n = ilość zwierząt
s = błąd średni = pierwiastek kw. z $Sd^2 : n (n-1)$
S = suma.

O rzeczywistej różnicy dwóch średnich arytm. l_1 i l_2 rozstrzyga błąd średni różnicy. Różnica dwóch średnich arytm. jest rzeczywista, jeżeli jest większa od różnicy błędu średniego:

$l_1 - l_2$ większe od pierwiastka kw. z. $s_1^2 + s_2^2$

Za kryterium przeobrażenia przyjąłem wykłucie się przedniej kończyny. W ocenie charakteru przeobrażenia kierowałem się opisem J. J. B o u n h i o l'a (Biol. Générale 1942) przebiegu prawidłowego i doświadczalnego przeobrażenia pod wpływem tyroksyny. Na skutek działania tyroksyny następuje zaburzenie w normalnej kolejności różnych cech morfologicznych: przede wszystkim szybciej skraca się ogon i szybciej zanika pletwa, znacznie zmniejsza się tułów, oczy są bardziej wysunięte do przodu, nozdrza przesuwają się ku tyłowi, kształt otworu gębowego przyjmuje kształt litery T, a odnóża tylne szybciej się przebijają, lecz słabiej są wykształcone i nie wykazują zgięcia kolanowego. Zwierzęta doświadczalne podzieliłem na 4 grupy, zależnie od wieku kijanek. Wiek liczyłem od chwili zapłodnienia jaj.

I grupa; kijanki 18 dni po zapłodnieniu jaj długość ciała w chwili rozpoczęcia doświadczenia 18 mm.

II grupa; kijanki 25 dni po zapłodnieniu jaj długość ciała w chwili rozpoczęcia doświadczenia 19 mm.

III grupa: kijanki 41 dni po zapłodnieniu jaj, długość ciała w chwili rozpoczęcia doświadczenia 27 mm.

IV grupa: kijanki 47 dni po zapłodnieniu jaj, długość ciała w chwili rozpoczęcia doświadczenia 30 mm.

Każdą grupę rozdzieliłem w trzy naczynia: A B, C, zawierające po 10 sztuk kijanek.

Kijanki w naczyniu A trzymałem w roztworze tyroksyny o stężeniu 1:1,000.000 przez 24 godziny. Kijanki w naczyniu B trzymałem także przez 24 godziny w roztworze mieszaniny tyroksyny, stężenie 1:1,000.000 i soli sodowej metylotiouracylu, przy czym stężenie soli sodowej metylotiouracylu dla grupy I i II wynosiło 1:1000, dla III 1:500, dla IV 1:250. Odpowiedni roztwór mieszaniny tyroksyny i soli sodowej metylotiouracylu sporządzałem na dwie godziny przed umieszczeniem w nim kijanek. W naczyniu C znajdowały się kijanki kontrolne, trzymane w zwykłej wodzie. Temperatura wahała się od 18° do 21° C.

Grupa I.

Kijanki 18 dni po zapłodnieniu jaj, długość ciała 18 mm.

W n a c z y n i u A (t y r o k s y n a 1 : m i l.) przeobraziło się 100% kijanek między 53 a 80 dniem po zapłodnieniu jaj.

Średnio przeobrażenie przypadło na 64,8 dzień po zapłodnieniu jaj (s^2 = 6,555). Typ przeobrażenia nie odbiega od normy.

W n a c z y n i u B t y r o k s y n a 1 : m i l. + s ó l s o d. m e t y l o t i o u r a c y l u 1:1000) przeobraziło się 100% kijanek, między 60 a 82 dniem po zapłodnieniu jaj. Średnio przeobrażenie przypadło na 65,2 dzień po zapłodnieniu jaj. — (s^2 = 4,8155). Typ przeobrażenia się odbiega od normy.

W n a c z y n i u C (k o n t r o l a) przeobraziło się 100% kijanek, między 57 a 69 dniem po zapłodnieniu jaj. Średnio przeobrażenie przypadło na 61,8 dzień po zapłodnieniu jaj (s^2 — 1,37333).

Typ przeobrażenia normalny.

Przeobrażenie kijanek poddanych działaniu tyroksyny oraz mieszaniny tyroksyny i soli sodowej metylotiouracylu wykazało w grupie I-ej nieznaczne opóźnienie wynoszące 3 i 3.4 dnia w porównaniu z przeobrażeniem kijanek kontrolnych.

Grupa II.

Kijanki 25 dni po zapłodnieniu jaj, długość ciała 19 mm.

W n a c z y n i u A (t y r o k s y n a 1 : m i l.) przeobraziło się 40% kijanek między 75 a 88 dniem po zapłodnieniu jaj.

Typ przeobrażenia sztucznie przyspieszonego.

60% zginęło między 35 a 44 dniem po zapłodnieniu jaj, z charakterystycznymi cechami odpowiadającymi przyspieszonej metamorfozie.

W n a c z y n i u B (t y r o k s y n a 1 : m i l. + s ó l s o d o w a m e t y l o t i o u r a c y l u 1:1000) przeobraziło się 60% kijanek, między 72 a 91 dniem po zapłodnieniu jaj. Typ przeobrażenia sztucznie przyspieszonej metamorfozy. 40% zginęło między 42 a 97 dniem po zapłodnieniu jaj z cechami sztucznie przyspieszonej metamorfozy.

*) Sól sodową metylotiouracylu uzyskiwałem z metylotiouracylu otrzymanego z firmy „Dr Wander".

W naczyniu C (kontrola) przeobraziło się 90% kijanek między 61 a 73 dniem po zapłodnieniu jaj. Typ przeobrażenia normalny. 10% kijanek zginął w 56 dniu po zapłodnieniu jaj, z wykłutymi tylnymi kończynami, kijanki te nie wykazywały żadnych zmian w zewnętrznym wyglądzie.

Różnica w szybkości metamorfozy w grupie II między kijankami w tyroksynie, a kijankami w mieszaninie tyroksyny z solą sodową metylotiouracylu nie jest dostrzegalna. Oba przeobrażenia wykazują charakter sztucznie przyspieszonej metamorfozy. Różnica zaś między kijankami doświadczalnymi, a kontrolą uwydatnia się przez wystąpienie u kijanek doświadczalnych typowych cech sztucznie przyspieszonej metamorfozy.

Grupa III.

Kijanki 41 dni po zapłodnieniu jaj, długość ciała 27 mm.

W naczyniu A (tyroksyna 1:mil.) przeobraziło się 100% kijanek między 47 a 49 dniem po zapłodnieniu jaj. Typ przeobrażenia sztucznie przyspieszonej metamorfozy.

W naczyniu B (tyroksyna 1:mil. + sól sodowa metylotiouracylu 1:500) przeobraziło się kijanek 50% między 53 a 69 dniem po zapłodnieniu jaj. Typ przeobrażenia sztucznie przyspieszonej metamorfozy. 30% kijanek zginęło z cechami sztucznie przyspieszonej metamorfozy między 60 a 85 dniem po zapłodnieniu jaj. 20% kijanek zginęło w czasie zdjęć fotograficznych, na skutek działania chloroformu, kijanki te wykazywały słabo uwydatniające się cechy sztucznie przyspieszonej metamorfozy.

W naczyniu C (kontrola) przeobraziło się 80% kijanek między 65 a 75 dniem po zapłodnieniu jaj. Typ przeobrażenia normalny. 20% kijanek zginęło nieprzeobrażonych między 56 a 81 dniem po zapłodnieniu jaj, prawdopodobnie na skutek działania chloroformu użytego do narkozy przy zdjęciach fotograficznych.

W grupie III zaznacza się różnica między działaniem samej tyroksyny i tyroksyny z solą sodową metylotiouracylu. Podczas gdy kijanki pod wpływem tyroksyny przeobraziły się między 6 a 9 dniem po zapłodnieniu, to kijanki w mieszaninie przeobraziły się między 12 a 28 dniem po zadziałaniu. Równocześnie wykazywały one mniej typowe cechy sztucznie przyspieszonej metamorfozy niż kijanki poddane działaniu samej tyroksyny.

Grupa IV.

Kijanki 47 dni po zapłodnieniu jaj, długość ciała 30 mm.

W naczyniu A (tyroksyna 1:mil.) przeobraziło się 100% kijanek w 52 dniu po zapłodnieniu jaj. Typ przeobrażenia sztucznie przyspieszonej metamorfozy.

W naczyniu B (tyroksyna 1:mil. + sól sodowa metylotiouracylu 1:250) przeobraziło się 100% kijanek między 61 a 94 dniem po zapłodnieniu jaj. Średnio przeobrażenie kijanek przypadło na 67,2 dzień po zapłodnieniu jaj. ($s^2 = 11,2077$). Typ przeobrażenia: słabo zaznaczone cechy sztucznie przyspieszonej metamorfozy. (Jednej kijanki nie wzięto do obliczeń, gdyż zginęła na drugi dzień po zaczęciu doświadczenia, na skutek uszkodzenia przy pomiarze).

W naczyniu C (kontrola) przeobraziło się 100% kijanek między 66 a 76 dniem po zapłodnieniu jaj. Średnio przeobrażenie przypadło na 69,1 dzień po zapłodnieniu jaj ($s^2=0,74333$), Typ przeobrażenia normalny

W grupie IV średnia różnica w szybkości przeobrażenia między kijankami w tyroksynie a kijankami w mieszaninie wynosi 15,2 dnia. Przeobrażenie kijanek, na które zadziałano mieszaniną odbiega nieznacznie od przeobrażenia normalnego kijanek kontrolnych; wykazują one niewielkie zmniejszenie ciała, stopniowy zanik płetwy ogona i słabsze rozwinięcie tylnych nóg. Średnia szybkość przeobrażenia kijanek w mieszaninie tyroksyny z solą sodową metylotiouracylu odpowiada średniej szybkości przeobrażenia kijanek kontrolnych.

Opierając się na wynikach własnych doświadczeń, należy zaznaczyć, że w reakcji kijanek na jednorazowe działanie tyroksyny są one zgodne z wynikami prac innych autorów, stwierdzających zależność działania tyroksyny od wieku kijanki. (M. Kollmann C. R. Soc. Biol. 1919, A. Jarisch Pflügers, Arch. f. mikrosk. Anat. und Entwick. Mech. 1920, Alphonse et Baumann C. R. Soc. Biol. 1933, Lore Marx Ergeb. der Biol. 1935). Kijanki w 18 dniu po zapłodnieniu jaj nie reagowały na dawkę tyroksyny 1:mil., a od 25 dnia po zapłodnieniu jaj reagowały przyspieszoną metamorfozą. Porównując szybkość i charakter przeobrażenia kijanek poddanych działaniu tyroksyny i mieszaniny tyroksyny z solą sodową metylotiouracylu w 18 dniu po zapłodnieniu jaj i nie biorąc pod uwagę nieznacznej różnicy w szybkości przeobrażenia między kijankami w obu roztworach i kontrolą (zaledwie 3 dni), możemy stwierdzić, że zarówno działanie tyroksyny, jak i mieszaniny nie wykazuje u kijanek w tym wieku widocznego wpływu na czas przeobrażenia. U kijanek w 25 dniu po zapłodnieniu jaj, przy równoczesnym zadziałaniu tyroksyny w stężeniu 1:mil. i soli sodowej metylotiouracylu w stężeniu 1:1000 zaznacza się jedynie wpływ tyroksyny. Kijanki w mieszaninie wykazują te same charakterystyczne cechy przyspieszonej metamorfozy, co i kijanki poddane działaniu samej tyroksyny. Powyższy wynik potwierdza pogląd Gasche'go, Astwood'a i Hughes'a, że tiouracyl i tiomocznik nie hamuje działania tyroksyny.

Odmiennie na działanie tyroksyny z solą sodową metylotiouracylu zareagowały kijanki w 41 dniu po zapłodnieniu jaj. Uwidoczniło się tutaj hamujące działanie na przeobrażenie kijanek tiouracylu podanego w stężeniu 1:500 i 1:250 przy równoczesnym stężeniu tyroksyny 1:mil. Wykluczając w organizmie inaktywację tyroksyny przez tiouracyl lub tiomocznik na podstawie pracy

S a u l M a l k i e l'a (Endocrinol. 1946), przeprowadzonej na myszach przy pomocy próby acetonitrylowej, należało by przyjąć, że tarczyca kijanek w tym okresie rozwoju jest bardzo podatna na hamujące działanie tiouracylu. Równoczesna więc dawka tyroksyny nie wystarcza na wywołanie całkowitego przeobrażenia, powodując jedynie słabe zmiany morfologiczne, charakterystyczne dla przyspieszonej metamorfozy. Dalsze zupełne przeobrażenie przebiega podobnie i w tym samym czasie, jak u kijanek kontrolnych. Szybkie działanie tiouracylu na tarczycę w dużym stężeniu (1:500 i 1:250) jest możliwe, gdyż G a s c h e wykazał zmiany w obrazie histologicznym komórek tarczycy larw X e n o p u s l a e v i s już po 24-godzinnym działaniu tiomocznika w stężeniu 1:2500.

Wydaje mi się więc, że dostrzeżony przeze mnie hamujący wpływ tiouracylu na tarczycę przy jednorazowym podaniu tyroksyny i tiouracylu można wyjaśnić w następujący sposób. Przy jednorazowym podaniu tyroksyny dalszy bieg przeobrażenia dokonuje się pod wpływem własnej tyroksyny wydzielanej przez tarczycę kijanek. Ponieważ tiouracyl zahamowuje na pewien czas czynność tarczycy, podana z nim równocześnie tyroksyna nie wystarcza do przyspieszenia przeobrażenia i to w wyniku daje jakby obraz inaktywacji tyroksyny pod względem tiouracylu.

S U M M A R Y

The effect of thyroxin and thiouracyl given simultaneously

by J. Fidelus.

Thiouracil inhibits the metamorphosis of tadpoles and thyroxin accelerates it. Tadpoles treated simultaneously with thiouracil and thyroxin show at a certain period of ontogenesis an inhibition of metamorphosis. In this case there is however an apparent inactivation of thyroxin by thiouracil, as in my oppinion after a single administration of thyroxin the further development is induced by thyroxin produced by the thyroid gland of the tadpole. As thiouracil inactivates for a certain period the thyroid gland, thyroxin simultaneously given is quantitatively insufficient to hasten metamorphosis which gives the impression of thyroxin being inactivated by thiouracil.

Doc. Dr HENRYK REISS — Kraków

Dr TADEUSZ KONIAR, adiunkt Oddziału

Doświadczenia w stosowaniu sulphapirydyny w lecznictwie szpitalnym rzeżączki

Z Oddziału Chorób Skórn. i Wener. Państw. Szpitala św. Łazarza. (Ordynator: Doc. Dr H. Reiss).

Doniesienie o wynikach uzyskanych w leczeniu rzeżączki chorych na Oddziele Chorób Skórnych i Wenerycznych Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie sulphapirydyną (dagenanem) pochodzi z r. 1939. Doniesienie to jest już dziś nieaktualne, bo — jak wiadomo — pojawiły się później preparaty lepsze z grupy preparatów sulfamidowych, mniej toksyczne dla ustroju ludzkiego i jeszcze więcej skracające czas leczenia rzeżączki, bo dające 98% wyleczeń po 2—3—4 dniach leczenia. Preparatami tymi były cibazol, eleudron i inne.

Po pewnym czasie stosowania tych preparatów przeżyliśmy rozczarowanie, bo wskutek wytworzenia się szczepów gonokoków sulfamidoopornych większość przypadków rzeżączki nie podlegała wyleczeniu tymi preparatami.

Na szczęście jednak cierpiącej ludzkości nauka wpadła na trop nowego preparatu używanego obecnie — penicyliny, który jest lekiem prawie zupełnie nie toksycznym i który to wynalazek doprowadził do tego, że w 96—98% uzyskujemy wyleczenie rzeżączki po jednym zastrzyku domięśniowym.

Niestety i przy tym preparacie tak, jak w dobie ery sulfamidowej, doznaliśmy pewnych zawodów — widujemy bowiem szczepy dwoinek Neissera penicylino-oporne.

Z drugiej strony wszelako donoszą ostatnio o nowym leku przeciwko tym szczepom gonokoków penicylino-opornych w postaci streptomycyny, która w tych właśnie przypadkach, jak wynika z pierwszych doniesień, dała w 100% wyleczenie (American Journal of Syphilis, Gonorrhea and venereal diseases Vol. 31 May 1947. Nr 3 — „The treatment of gonorrhea with streptomycin).

A zatem, jak widzimy z powyżej przytoczonych powodów doniesienie nasze jest już dziś nie aktualne, bo nikt dzisiaj mając do dyspozycji tak potężny lek przeciwrzeżączkowy, jakim jest penicylina, nie będzie a priori stosował w lecznictwie rzeżączki jedynie tylko sulphapirydyny.

Doniesienie nasze pochodzi z r. 1939 i przetrwało w bibliotece oddziałowej w manuskrypcie czasy okupanta i dopiero teraz w r. 1948 przy porządkowaniu biblioteki zostało przez nas odnalezione.

Zdecydowaliśmy się jednak opublikować to doniesienie, aby dorzucić garstkę swoich doświadczeń z tym lekiem przeciwrzeżączkowym.

Dagenan (preparat 693 D'E w i n s'a i P h i l l i p s'a jest para-amino-fenilo-sulfamido-pirydyną.

Preparat ten służy do stosowania doustnego, ale znajduje się także w użyciu i inna jego postać jako roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, tzw. soludagenan (693 injectable, roztwór wodny soli sodowej preparatu 693 o współczynniku pH=11.4).

Szybkość wydalania sulfapirydyny z ustroju bywa dość indywidualna a Gate i jego współpracownicy przekonali się, że właśnie w przypadkach oporniejszych na leczenie sulphapirydyna wydziela się prędzej. Sulphapirydyna podana doustnie rychło dostaje się do krwiobiegu i do nerek. F e r n e t, D u r e l a zwłaszcza A l l i n n e zdołali wykazać, że jej maksimum we krwi przypada na 3—4 godziny po jej podaniu, a że wydala się całkowicie drogą moczu po 48—72 godzinach, — przy czym po 20 godzinach od chwili jej podania znajduje się jeszcze w ustroju połowa jej dawki.

Zagranicą, zwłaszcza w Anglii i we Francji stosuje się sulphapirydynę na wielką skalę a dzięki

łoskonałym wynikom leczniczym uzyskiwanym z jej pomocą zwłaszcza w przypadkach rzeżączki nabiera się przekonania, że posługiwanie się tym preparatem stanowi leczenie chemoterapeutyczne „par excellence", czyniąc zbędnymi stosowanie równoczesne zabiegów miejscowych.

Dużo zasług w spostrzeżeniach klinicznych ma tu P. Durel, bystry obserwator lecznictwa preparatami sulfamidowymi. Streścił on swe wyniki lecznicze w Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et de Syph. Nr 6, 1938 i tam też odesłać należy czytelnika w sprawie szczegółów, których tu dla braku miejsca przytaczać nie sposób. On też podał wypróbowane trzy schematy lecznicze, które zamieszczam poniżej:

Schemat I.

3 g (6 tabletek) dziennie przez 2 dni
2 g (4 tabletki) „ „ „
1 g (2 tabletki) „ „ „
½ g (1 tabletka) „ „ „
czyli 13 g dagenanu w przeciągu 8 dni

Schemat II.

3 g (6 tabletek) dziennie przez 3 dni
2 g (4 tabletki) „ „ „
1 g (2 tabletki) „ „ „
czyli 18 g dagenanu w przec. 9 dni

Schemat III.

4 g (8 tabletek) dziennie przez 2 dni
3 g (6 tabletek) „ „ „
2 g (4 tabletki) „ „ „
1 g (2 tabletki) „ „ „
czyli 20 g dagenanu w przeciągu 8 dni

Posługiwano się najczęściej jednym z powyższych sposobów leczenia; sposób pierwszy jest najłagodniejszy, sposób trzeci radykalniejszy. Jeżeli idzie o wypośrodkowanie schematu leczniczego, w którym by uwzględnić należało zarówno możność otrzymania korzystnych wyników, jak i z drugiej strony — tolerancję chorego, to największe widoki powodzenia ma bodaj że schemat II Durel a.

Mniema się na ogół, co zresztą i przebija ze sposobu sporządzenia powyższych schematów, że dawki początkowe powinny być duże. Wielu autorów obawia się w przeciwnym razie możności wytworzenia się jadu opornego na odnośny przetwór chemiczny, tzn. pojawienia się szczepów gonokoków opornych na działanie sulphapirydyny, podobnie jak się ma rzecz ze szczepami krętków bladych opornymi na novarsenobenzol. Konieczność stosowania dużych dawek początkowych zaznaczają zwłaszcza Milian, Pautrier i Laugier, opierając się na spostrzeganych wynikach leczniczych.

Dla przykładu przytoczę tylko krótko niektóre dane z kazuistyki leczenia dagenanem (sulphapirydyną) podane w kilku najnowszych doniesieniach. I tak Pautrier i Laugier leczyli 40 chorych na ostrą rzeżączkę, z czego 21 na rzeżączkę cewki przedniej a 19 na rzeżączkę całej cewki, częściowo powikłanej. W 35 przypadkach znikała wydzielina oraz gonokoki w 1—6 dniach; w 2 przypadkach zniknęła wydzielina w 2—3 dniach a gonokoki w 8 i 14 dniach. U 3 chorych wynik był ujemny. Wpływ na powikłania rzeżączki był b. widoczny. Zapalenia najądrza ustępowały w 6 dniach, tak samo zapalenia rzeżączkowe stawów. Zapalenia gruczołu krokowego ustępowały w 8—10—13 dniach, zapalenie pęcherza moczowego w 3 dniach, zapalenie rzeżączkowe spojówki oka (u noworodka leczonego uprzednio bezskutecznie rodilonem, tj. preparatem 1399 F) — w 2 dniach. Ci sami autorowie stosowali również sulphapirydynę w postaci wstrzykiwań z dobrymi wynikami.

Girard, Ardorine i Jaubert leczyli sulphapirydyną 50 chorych bez zabiegów miejscowych. Z tej liczby u 46 chorych zniknęły wszelkie objawy po 2—15 dniach, u 3 chorych były wyniki niepewne a w 1 przypadku leczonym uprzednio rodilonem (1399 F) był wynik również ujemny. Lacassagne leczył sulphapirydyną 25 chorych bez zabiegów miejscowych i uzyskał w 18 przypadkach wyniki korzystne (w 3 przypadkach po 10 zaledwie gramach sulphapirydyny). Jambon i Lacassagne na 37 chorych uzyskali 22 trwałych wyników leczniczych. Gate, Cuilleret, Pellerat i Peissel leczyli 131 chorych i mieli dobre wyniki w 94% przypadków; ci sami autorowie leczyli też inną grupę chorych za pomocą wstrzykiwań dożylnych sulphapirydyną (2 g dziennie przez tydzień) uzyskując 100% dobrych wyników, mimo że większość autorów zaleca jednak przede wszystkim podawanie sulphapirydyny per os, a niektórzy leczenie skojarzone (wstrzykiwania oraz podawanie per os).

Dambrin i Bazex na 29 chorych uzyskali w 23 przypadkach trwałe zniknięcie gonokoków na 2 lub 3 dzień od chwili rozpoczęcia leczenia. Saby i Duval leczyli sulphapirydyną 72 chorych według schematów II bądź III wg Durela; lecząc schematem II mieli dobre wniki w 50%, — a schematem III w 97%. Coumel, Paitre i Pignet leczyli 141 przypadków, posługując się schematem II Durel'a; dobre wyniki uzyskali w 109 przypadkach, tj. w 77,3% a mianowicie zostało uleczonych 72 chorych w 20 dniach, 25 chorych w 25 dniach i 12 chorych w 30 dniach.

Petges, Deprecq i Cuzacq na 12 przypadków leczonych mieli 11 wyników korzystnych podając 20 g sulphapirydyny w przeciągu 8 dni bądź też 46 g sulphapirydyny w 13 dniach. Cuilleret podaje 79 wyleczeń na 86 chorych, w tej liczbie 2 przypadki rzeżączkowego zapalenia stawów.

W rzeżączce kobiecej w oddziele prostytutek stosowali sulphapirydynę Fernet, Durel, Collart, Pellerat, Ratner i Allinne. Mianowicie podawali oni sulphapirydynę w postaci ta-

bletek przez 3 pierwsze dni po 3 g dziennie, przez następne 3 dni po 2 g dziennie, przez dalsze 3 dni po 1 g, wreszcie przez 3 dni po ½ g. W postaci wstrzykiwań domięśniowych podawali oni sulphapirydynę (innej grupie chorych) przez pierwsze 5 dni po 2 g dziennie, a przez następne 5 dni po 1 g dziennie. Wreszcie trzecią grupę chorych kobiet leczyli autorowie wymienieni metodą skojarzoną, stosując równocześnie sulphapirydynę per os i w zastrzykach; dawki leku określali oni w ten sposób, że w miarę zmniejszania dawki per os o 1 g zwiększali o tę samą ilość dawkę we wstrzykiwaniach. Co się tyczy wyników leczniczych autorowie słusznie unikają określenia „wyleczenie“ mając w dodatku na uwadze zwłaszcza rzeżączkę u kobiet; mówią tedy o uzyskaniu wyników trwałych (bons résultats durables). Takie wyniki trwałe notowali oni dopiero po miesięcznej obserwacji, podczas której badali chorych klinicznie, bakteriologicznie i serologicznie. Sulphapirydyną per os leczyli autorowie wymienieni 59 chorych kobiet na rzeżączkę szyjki (endometritis cervicalis gonorrhoica) i uzyskali dobre wyniki w 44 przypadkach (74,5%), a wątpliwych wyników było 8 a 5 wyników ujemnych. Ci sami autorowie mieli na 19 chorych kobiet na rzeżączkę cewki moczowej 8 wyników korzystnych, 7 wątpliwych a 4 ujemne. Na 10 przypadków rzeżęczki gruczołów przedsionkowych (bartholinitis gonorrhoica) były 4 wyniki dodatnie, 2 wątpliwe a 4 ujemne. Rzeżączka odbytnicy (proctitis gonorrhoica) dotyczyła tylko 1 przypadku, w którym wynik leczniczy okazał się korzystny. Wyniki lecznicze uzyskane wstrzykiwaniami sulphapirydyny okazały się nieco gorsze.

Okazuje się, że objawów nietolerancji nie brakło ze strony chorych leczonych sulphapirydyną. Pautrier i Laugier podają, że objawy nieznoszenia zauważyć można zwłaszcza w 2 pierwszych dniach stosowania leku i to u chorych pracujących. Autorowie ci wskazują w pierwszym rzędzie na bóle głowy, dolegliwości żołądkowe, nudności, wymioty, osutki odrowate i bezsenność — jednakże zaznaczają, że w żadnym razie nie byli zmuszeni do przerywania leczenia a objawy zatrucia ustępowały w miarę zmniejszania dawek zgodnie zresztą z wyznaczonym schematem leczniczym. Girard, Ardorino i Jaubert wskazują na bóle głowy, wymioty i osłabienie; Lacassagne i Jambon notują nieznaczne bóle głowy, nieżyty żołądkowe i uczucie pieczenia w przełyku. Favre, Michel, Chanial i Lugand donoszą o bólach głowy, osłabieniach, bólach mięśniowych, osutce różyczkowatej i również opisują nieznaczne zmiany cytologiczne we krwi, jak limfocytozę i eozynofilię. Gaté, Cuilleret, Pellerat i Peissel piszą o dolegliwościach żołądkowych, nudnościach, wymiotach, bezsenności i ogólnym osłabieniu, zaznaczając zupełny brak objawów sinicy. Dambrin i Bazex zauważyli bóle i zawroty głowy. Petges, Deprecq i Cuzacq nie mieli w swej statystyce żadnych objawów nietolerancji. Fernet i Durel, oraz ich współpracownicy, którzy rozporządzali pokaźnym materiałem prostytutek, spostrzegli jako najczęstszy objaw zatrucia — dolegliwości żołądkowe; pojawiały się one zwykle na początku leczenia a polegały na braku łaknienia, nudnościach, czasem wymiotach i biegunkach.

Ci sami autorowie tylko wyjątkowo zauważyli sinicę (tak częstą po rodilonie), natomiast nierzadko widywali osutki płonicowe i to zwłaszcza po wstrzykiwaniach soludagenanu.

Na ogół większość autorów wskazuje na dolegliwości przewodu pokarmowego jako na najczęstsze oznaki nietolerancji. Te, jak i inne poprzednio wymienione, wreszcie jeszcze rzadsze, jak np. żółtaczka, białkomocz itp., pojawiać się mogą w pierwszych dniach leczenia, lecz po redukcji dawek leku a nawet i dzięki odpowiedniej zmianie trybu życia pacjentów (odpoczynek) ustępują. Rumienie toksyczne po sulphapirydynie, jak wynika z doświadczeń autorów zagranicznych, miewają zwykle postać odrowatą, rzadziej płonicowatą. Rumienie w przeciwieństwie do innych oznak nietolerancji pojawiają się nieco później i dlatego większość autorów pragnie je uważać za biotropowe (rumienie 9 dnia). Niektórzy uważają je za rodzaj uczulenia na światło; przypuszczenie to ma wiele uzasadnienia, niemniej jednak w przypadkach Pautrier'a i Laugier'a były rumienie po sulphapirydynie rozmieszczone na częściach skóry nieosłoniętych.

Zauważono, że rolę czynnika zapobiegającego nietolerancji sulphapirydyny spełnia do pewnego stopnia dwuwęglan sodu. Pautrier i Laugier dodawali do każdego grama sulphapirydyny po ½ g sody. Dambrin i Bazex dawali przez cały czas leczenia po 1½ g sody, po 2 razy dziennie.

W Polsce ogłosili ówcześnie wyniki leczenia sulphapirydyną Wowkonowicz i Burawski (Przegląd Dermatologiczny Nr 4, 1938). Leczyli oni dawkami dużymi wg schematu Durel'a. Autorowie ci stwierdzali znikanie gonokoków z wydzieliny na ogół na 2 dzień leczenia, wydzielina ropna znikała na 3—4 dzień i w tym samym czasie przejaśniał się mocz w drugiej porcji przy zajęciu części tylnej cewki. Objawy nietolerancji były niewielkie (bóle głowy, czasem wymioty); w moczu stwierdzano zwiększenie ilości urobilinogenu, w obrazie krwi zmiany w ilościach ciałek białych, zwiększenie procentowe limfocytów i eozynofilów.

Sprawę leczenia sulphapirydyną oraz wyniki nią uzyskane omawiano podczas obrad Zjazdu Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Wilnie 1939 r. Z referatów zjazdowych można było sobie wyrobić zdanie, że sulphapirydyna była ówcześnie b. ważnym i korzystnym nabytkiem w dziale lecznictwa wenerologicznego.

Spostrzeżenia nasze dotyczą przede wszystkim 42 chorych szpitalnych, a to 31 kobiet i 11 mężczyzn. Prócz tego spostrzegano stu kilkudziesięciu chorych przychodnich. Obserwacje chorych przychodnich nie mogły być z natury rzeczy zbyt dokładne, bo nie było zupełnie pewnej kontroli leczenia, jak i również dlatego, że niektórzy chorzy usuwali się spod obserwacji, nie zgłaszając się do wizyt lekarskich.

Spośród leczonych w szpitalu chorych kobiet była jedna z rzeżączką cewki moczowej (urethritis gonorrhoica), jedna z rzeżączką szyjki macicy (endometritis cervicalis gonorrhoica) dwadzieścia pięć z rzeżączką cewki i szyjki (urethritis et endometritis cervicalis gonorrhoica), trzy chore z powikłaniami rzeżączkowymi gruczołów przedsionkowych (bartholinitis gonorrhoica) i jedna chora z rzeżączką stawu kolanowego prawego. Niektóre spośród chorych na rzeżączkę szyjki skarżyły się ponadto na dolegliwości przejściowe w okolicy przydatków macicy.

S p o ś r ó d m ę ż c z y z n leczonych w szpitalu był jeden z rzeżączką cewki przedniej (urethritis gonorrhoica anterior), pięciu z rzeżączką całej cewki (urethritis gonorrhoica totalis), dwóch z rzeżączką powikłaną zajęciem gruczołu krokowego (prostatitis gonorrhoica), dwóch z zapaleniem najądrza (epididymitis gonorrhoica) i jeden z powikłaniami stawowymi (polyarthritis gonorrhoica).

W spostrzeżeniach niniejszych stosowano dawki następujące: u kobiet podawano sulphapirydynę w dawkach d u ż y c h, mianowicie przez 10 dni po 3 g (po 6 tabletek) dziennie, ogółem 30 g sulphapirydyny (60 tabletek). W szczególności zażywały chore bądź 3 razy dziennie po 2 tabletki, bądź też, co się okazało korzystniejsze, jeśli chodzi o tolerancję leku — 6 razy dziennie po 1 tabletce. Mężczyznom podawano sulphapirydynę wedle trojakich schematów, mianowicie w jednej grupie chorych stosowano sulphapirydynę, podając przez 10 dni 3 razy dziennie po 2 tabletki (w sposób taki jak u kobiet, ogółem 60 tabletek), w drugiej grupie podawano przez 8 dni (przez pierwsze 4 dni po 6 tabletek, przez następne 3 dni po 4 tabletki i przez 1 dzień 2 tabletki, ogółem 38 tabletek, 19 g), w trzeciej grupie chorych również przez 8 dni (przez pierwsze 2 dni po 8 tabletek, przez 3 dni następne po 6 tabletek, przez dwa dni po 4 tabletki, przez 1 dzień 2 tabletki (ogółem 44 tabletki, 22 g).

Wiele wiadomości szczegółowych odnoszących się zarówno do tolerancji leku przez chorych, jak i dotyczących wyników leczniczych zawdzięczamy pilnej obserwacji ze strony naszych współpracowników szpitalnych a to pp. Dr Żychowicza, Mazurkiewiczówny i Engelsteina, za co im niniejszym dziękujemy.

U kobiet przybierała wydzielina zapalna już w drugim dniu leczenia wejrzenie śluzowo-ropne, na dzieci dzień śluzowe. Objawy podmiotowe, jak parcie na mocz, pieczenie podczas oddawania moczu — ustępowały w drugim dniu leczenia. Bóle w dole brzucha wywołane schorzeniem przydatków (parametritis, adnexitis gonorrhoica) ustępowały w 5—6 dniu leczenia, jakkolwiek u jednej chorej trwały one aż do końca obserwacji mimo stwierdzenia korzystnego wyniku leczenia. Z obrazów drobnowidowych wynika, że u niektórych kobiet chorych znikają ciałka ropne zupełnie z wydzieliny i to już zwykle w 4 dniu leczenia, u innych ciałka ropne utrzymywały się nadal mimo ukończenia leczenia uwieńczonego korzystnym wynikiem. W 3—4 dniu leczenia pojawiały się w dość dużej ilości komórki nabłonkowe i niespecyficzna flora bakteryjna. Początek rozpadu ciałek białych stwierdzić można było już w 2 dniu leczenia. Dwoinki znikały przeciętnie w 3 dniu leczenia. Zniknięcie dwoinek poprzedza ich wyrodnienie. Uderzało to, że wielka ich ilość znajdowała się poza ciałkami ropnymi, co by wskazywało na osłabienie fagocytozy; ginęły one, w znacznej mierze niepochłonięte przez ciałka. Ilość dwoinek się zmniejszała, a one same traciły nieco na barwliwości, zmieniały swe rozmiary, a kontury ich stawały się mniej wyraźne. Oglądanie takiego obrazu pod mikroskopem, jeśli nie wiedzieć, o jaki to przypadek choroby chodzi — nasuwałoby poważne wątpliwości diagnostyczne. Dwoinki znikały wcześniej z wydzieliny cewki moczowej, aniżeli z wydzieliny z szyjki macicy. Również w wydzielinie z cewki rychlej znikała ropa i pojawiały się komórki nabłonkowe.

U mężczyzn ustępowały objawy podmiotowe odrazu (w 2 dniu leczenia). Uderzało to zwłaszcza w przypadkach powikłań. W zapaleniach najądrzy bóle ustawały na 2 dzień. Obrzęk najądrza przemijał mniej więcej w 7 dni, na ogół prędzej niż przy zastosowaniu innych metod leczniczych, ale nieco większe zostawiał po sobie narazie ślady. W przypadkach niepowikłanej rzeżączki całej cewki wyjaśniały się obie porcje moczu b. rychło. Można było zaobserwować, że w tych przypadkach, gdzie się obie porcje moczu zupełnie wyjaśniły po 3-ch dniach i nie zawierały żadnych strzępków, był przebieg leczenia szczególnie korzystny. Makroskopowo przybierała wydzielina zapalna z cewki u mężczyzn w drugim dniu leczenia wejrzenie śluzowo-ropne i zmniejszała się znacznie, w 3-cim dniu miała już wejrzenie śluzowe, w 4 dniu bądź to znikała, bądź też zachowywała przez kilka dni następnych charakter śluzowy. W obrazach drobnowidowych stwierdzano w przypadkach rzeżączki męskiej w drugim dniu leczenia zmniejszenie się ilości ropy, a poza tym charakterystyczny układ dwoinek (o czym już wyżej wspomniano), mianowicie to, że większość ich znajdowała się poza obrębem ciałek ropnych. W 3. dniu leczenia pojawiały się komórki nabłonkowe, a ilość dwoinek bywała już b. mała. W 4 dniu ustawała wydzielina już zupełnie, natomiast obrazy drobnowidowe z zeskrobin z błony śluzowej cewki miewały jeszcze często charakter wątpliwy. Zauważono, że rychłe znikanie ropy z wydzieliny stanowi korzystny wskaźnik prognostyczny, podczas gdy z utrzymywania się ropy w wydzielinie wnosić można było już na początku, że przebieg choroby będzie bardziej uporczywy.

U chorych leczonych na naszym oddziale sulphapirydyną nie stosowano zasadniczo zabiegów miejscowych. U kobiet stosowano jedynie kąpiele nasiadowe z dodatkiem nadmanganianu potasu, a co do mężczyzn jedynie w 30% pomocniczo wstrzykiwania docewkowe.

Sądzimy, że, aby móc orzec o wyleczeniu potrzebny byłby jeszcze dość spory okres obserwacji chorego. Ze spostrzeżeń poczynionych przez większość naszych współpracowników wynikało by

nawet, że było by racjonalne spostrzegać takich chorych jeszcze przez miesiąc (u kobiet dłużej) od chwili ukończenia leczenia i od chwili uzyskania korzystnego narazie wyniku. Niestety nie było nam dane przeprowadzać tak długich obserwacji — raz dlatego, że nie można było zbyt długo przetrzymywać chorych w szpitalu, a po wtóre nasz materiał chorych w swej większości (prostytutki) nie nadawał się do obserwacji tego rodzaju. W tych warunkach trudno odróżnić nawroty od zakażeń świeżych. Mogliśmy więc tylko mówić o mniej lub więcej trwałych wynikach, jakieśmy uzyskali. Trzeba się bowiem liczyć z możliwością rzeżączki utajonej (gonorrhea latens). Widzieliśmy przypadki przez siebie leczone, gdzie ustąpiły wszelkie objawy miejscowe, gdzie w preparatach barwionych nie było oddawna ani ropy, ani dwoinek, gdzie po zabiegach prowokacyjnych stan był nadal pozornie prawidłowy — a gdzie jednak w hodowli uzyskano dwoinki. Dlatego też poleganie lekkomyślne na zbyt rychło uzyskanych wynikach pozornych może się okazać społecznie niekorzystne.

Podając sulphapirydynę zwracano uwagę na naszym oddziale również i na objawy nietolerancji. Chore kobiety prawie wszystkie skarżyły się w 2 dniu leczenia na uczucie rozbicia. W dalszym ciągu dołączyły się w wielu wypadkach nudności, bóle głowy, w jednym wypadku były skargi na ucisk w okolicy serca. Czasem nudności doprowadzały do wymiotów, jednakowoż nie w takim stopniu, żeby się było zmuszonym zaprzestać podawania leku. W ogóle zaprzestano podawania sulphapirydyny jedynie u 2 kobiet, a to z powodu pojawienia się osutki toksycznej przy gorączce 39°. U obydwu kobiet powstała osutka w 9 dniu leczenia i po zażyciu 48 tabletek (24 g) sulphapirydyny. Osutka miała wejrzenie zrazu plamisto-bąblowej zlewającej się, a później przybrała ponadto wejrzenie płonicowate. Osutka u obydwu kobiet zaczęła się na twarzy (obie chore przebywały długo w świetle słonecznym) po czym objęła tułów i kończyny z rozmieszczeniem przeważnie po stronach wyprostnych kończyn. Osutka ustąpiła w obu wypadkach po 3 dniach (jako odtrutkę stosowano wstrzykiwania calcium gluconatum dożylnie). Sulphapirydynę w obu wypadkach odstawiono, ale wyniki lecznicze okazały się korzystne.

U mężczyzn znajdujących się w stanie chorych zauważono jako objawy nietolerancji przede wszystkim uczucie rozbicia oraz apatii cielesnej i duchowej — a te objawy zwłaszcza zaznaczone w pierwszych dwóch dniach mogły czasami się utrzymać przez cały czas leczenia. Potem następowały nudności, brak apetytu, wreszcie czasem wymioty. Od 3—4 dnia począwszy pojawiały się bóle głowy, zwłaszcza rano. Stwierdzono również wzniesienie się ciepłoty nawet do 39° około 4 dnia leczenia. W 6—7—8 dniu leczenia, a nawet po jego ukończeniu zdarzały się osutki skórne o typie plamistym, zlewającym się, a także plamisto-drobnogrudkowym, też z rozmieszczeniem w ujściach uchyłków włosowych. Rozmieszczenie osutki dotyczyło raczej stron wyprostnych kończyn, a jeśli idzie o tułów, to raczej o stronę przednią i tylną, a mniej o strony boczne. Objawy nietolerancji u mężczyzn ustępowały w większości po 4 dniach, mimo że nie zmieniano trybu leczenia. U mężczyzn będących w stanie chorych raz tylko musiano odstawić sulphapirydynę. Zauważono poza tym, że u chorych leczonych sulphapirydyną zarówno mężczyzn, jak i kobiet i to zarówno u osób będących w stanie chorych, jak też i leczonych ambulatoryjnie — dobrze wpływało na tolerancję leku, jeśli dawki dzienne rozdrobnić na jeszcze większą liczbę dawek poszczególnych: np. zamiast podawać 3 razy dziennie po 2 tabletki, to podawać 6 razy dziennie po 1 tabletce itp.

Wyniki lecznicze u osób będących w stanie chorych były b. dobre. U mężczyzn osiągnięto w 100% dodatnie wyniki; obserwacja chorych nie mogła trwać długo, lecz to, że żaden z nich później się nie zgłosił, przemawiało korzystnie. Również nie najgorsze wyniki osiągnięto u kobiet leżących na oddziale; mianowicie tylko w 1 przypadku trzeba było zupełnie odstawić sulphapirydynę z powodu dużych wymiotów chorej. Ponieważ chora odnośna mogła zażyć tylko kilka dawek, przeto nic dziwnego, że wkrótce objawy kliniczne powróciły i trzeba było przystąpić do leczenia miejscowego. Dodać należy, że chorą tę leczono bezpośrednio przedtem bezskutecznie innym preparatem sulfamidowym i przez dość spory okres czasu; zatem mogła tu również odgrywać rolę sprawa kumulacji dawek. W przypadku tej chorej chodziło o urethritis et endometritis gonorrhoica. W innym przypadku (z takim samym rozpoznaniem) zażywała chora sulphapirydynę przez 2 dni, po czym musiano lek odstawić z powodu osłabienia i wymiotów chorej. Ponieważ jednak objawy kliniczne zupełnie po 2 dniach leczenia ustąpiły, polecono nie stosować żadnego innego leczenia i zarządzono obserwację chorej. Przez okres około 2 tygodni mimo skrupulatnego badania i mimo kilku zabiegów prowokacyjnych nie stwierdzono objawów rzeżączki; dopiero wyrosły dwoinki w hodowli po wzięciu na pożywkę zeskrobin z nabłonka śluzowego cewki. — We wszystkich innych wypadkach były wyniki lecznicze po sulphapirydynie bardzo korzystne.

Ambulatoryjnie leczono sulphapirydyną na naszym oddziele 165 chorych, w tym 150 mężczyzn i 15 kobiet. Spostrzeżenia nasze odnoszące się do chorych ambulatoryjnych dotyczą głównie mężczyzn. Sposób leczenia ambulatoryjnego sulphapirydyną był następujący: przez pierwsze 3 dni 3 razy dziennie po 2 tabletki, przez następne 3 dni 4 razy po 1 tabletce, a następnie przez 5 dni 2 razy po jednej tabletce. U mężczyzn ustępowała wydzielina w 2 — 3 dniu leczenia. W tym samym okresie czasu wyjaśniała się druga porcja moczu u osób dotkniętych rzeżączką całej cewki. W 3 dniu leczenia nie stwierdzono już dwoinek w preparatach drobnowidowych z wydzieliny zapalnej. Wpływ na powikłania rzeżączki był b. widoczny, podobnie jak u chorych szpitalnych: uderzało to w oczy zwłaszcza w przypadkach zapaleń najądrzy, przy czym bolesność miejscowa ustępowała b. rychło. U kobiet w 5 dniu leczenia ustępo-

wały upławy ropne, a w przypadkach zajęcia przydatków macicy ustępowały bóle w 6—7 dniu leczenia.

Na 150 mężczyzn leczonych ambulatoryjnie stosowano w 50 przypadkach ponadto zabiegi miejscowe (wstrzykiwania do cewki roztworów cholarginy 0.15% i 0,25%). Nie zauważono jednak, by zabiegami miejscowymi można było wpłynąć korzystnie na przebieg choroby tj. przyśpieszyć osiągnięcie trwałego wyniku leczniczego. Raczej przeciwnie rzec można, że u tych chorych dłużej się utrzymywała wydzielina chorobowa. W ambulatorium osiągnięto w leczeniu sulphapirydyną około 90% korzystnych wyników leczniczych. Jak na leczenie ambulatoryjne jest to odsetek duży, bo nie można było sprawdzać, czy wszyscy chorzy rzeczywiście zażywali lek ściśle według wskazań lekarskich. Zdaniem asystenta p. Dr A. Żychowicza, który prowadził przychodnię na oddziele i któremu zawdzięczamy wiele szczegółów, odnoszących się do wyników leczenia ambulatoryjnego wystarcza na ogół okres 3-tygodniowej obserwacji do stwierdzenia wyleczenia. Inni wymagają obserwacji znacznie dłuższej. Jeśli chodzi o ambulatoryjny materiał chorych, to osiągnięte korzystne wyniki doraźne okazały się trwałymi prawie w 100%.

Objawy nietolerancji (choćby w b. małym stopniu) spostrzegano u chorych leczonych ambulatoryjnie niewiele rzadziej niż w 100%. Zgadza się to ze spostrzeżeniami autorów francuskich, że dzieje się to dlatego, że chodzi tutaj o ludzi pracujących, którzy wskutek choroby nie przerywali swych zajęć codziennych. Objawy te stanowiły bóle głowy, osłabienie, brak apetytu (do 6 dni), rzadko kiedy wymioty, częste dolegliwości żołądkowe w postaci gniecenia i nudności. Wreszcie zauważono u 5 chorych ambulatoryjnych osutki, które pojawiły się na skórze w 9—10 dniu po rozpoczęciu leczenia i utrzymywały się przez okres około 5 dni. Osutki te dotyczyły mężczyzn o budowie astenicznej, miały charakter rumieniowo-odrowy i towarzyszyło im uporczywe swędzenie skóry. W pewnym przypadku dotyczącym maniaka (psychosis maniacalis), inteligentnego, z zawodu elektrotechnika, musiano odstawić sulphapirydynę już po zażyciu przez niego około 15 tabletek, a to wskutek pewnych zaburzeń psychicznych. Chory się skarżył na uczucie dużego lęku wywołanego obawą nawrotu choroby i obawą ataku szału. Zastosowano u tego chorego leczenie miejscowe, a po 3 tygodniach zaczęto mu ponownie podawać sulphapirydynę, tym razem już nie wywołując żadnych objawów nietolerancji. Nie spostrzegano żadnych objawów nietolerancji w nielicznych przypadkach dotyczących chorych budowy atletycznej, o dobrze rozwiniętych mięśniach. W nielicznych przypadkach podawano sulphapirydynę w okresie leczenia arsenobenzolowego, jednak nie miało się wrażenia, by to wpływało w większym stopniu na tolerancję tego czy tamtego leku. Zauważono wreszcie, że można było sulphapirydyną uzyskać dobre wyniki u chorych leczonych poprzednio bezskutecznie innym preparatem sulfamidowym, ale również były 3 przypadki takie, gdzie po nieudanym leczeniu innym lekiem sulfamidowym sulphapirydyna nie dawała wyników.

SUMMARY

Treatment of Gonorrhea with Sulphapyridine
by H. Reiss and T. Koniar

More than 200 cases (mostly with complications) of gonorrhea have been treated with sulphapyridine. This number comprised ward patients and out — patients as well. For the most part, 3 grammes of sulphapyridine have been given daily during a period of 10 days. We have payed particular attention to symptoms of intolerance which appeared in about 50% cases. These were: headache, loss of appetite, apathy of body and soul, nausea and vomiting, high body temperature, occasionally a macular or tiny maculo — papular cutaneous rash. One or more of these symptoms were in a number of patients so pronounced that the further administering of the drug had to be stopped; even so, the therapeutic results were good. Permanent good results have been obtained with sulphapyridine in about 100% of ward cases and in about 95% among patients treated in the dispensary.

Dr JÓZEF SONECKI — Przemyśl
P o. Prym. Szpitala Powsz.

O odchyleniach od prawidłowego przebiegu świnki

W związku z artykułem Dra Józefa Godlewskiego umieszczonym w nr 1 z 1948 r. „Przeglądu Lekarskiego" pt. „O niektórych odchyleniach od prawidłowego przebiegu świnki u dzieci i próbie ich interpretacji" pragnę przypomnieć, że jeszcze w 1917 r. obserwowałem w czasie epidemii świnki 6 przypadków, w przebiegu których zajęte były tylko gruczoły podjęzykowe w 2 przypadkach z zajęciem równocześnie jąder i jajników. Przypadki te odbiegały od zwykle opisywanego przebiegu, tj. gdy obrzęk ślinianek podjęzykowych występuje w toku trwania zapalenia przyusznic. — Przypadki te opisałem w „Lwowskim Tygodniku Lekarskim" w 1922 r. pt. „Sialoadenitis sublingualis epidemica".

Przy tej sposobności wspomnę jeszcze, że w czasie pobytu mego w niewoli niemieckiej w 1941 r. po epidemii świnki w kilka miesięcy później do roku po przebytej chorobie wystąpiły u 5 jeńców francuskich objawy parkinsonizmu, jak twarz maskowata, obfite ślinienie (ślinotok), napięcie mięśni ramienia i przedramienia (rigiditas) i drobne drżenia i ruchy palców. Przypadki te oglądałem już w rok po przebytej chorobie, gdy z fabryki czy też kopalni jeńcy ci zostali skierowani do szpitala jako niezdolni do pracy. Czy w przebiegu świnki podczas stanu gorączkowego okazywali objawy zapalenia mózgu, trudno mi było stwierdzić ze względu na nieobecność lekarza, który wtedy w tym szpitalu ordynował, cho-

rzy zaś nic poza tym, że mieli silne bóle głowy i gorączkę podczas zapalenia przyusznic, podać nie mogli.

W r. 1943 obserwowałem u jeńca rosyjskiego wystąpienie objawów zapalenia mózgu ze śpiączką na 5 dzień po zapaleniu obustronnym przyusznic, który to przypadek po 3 tygodniach choroby z powodu następowych powikłań nerkowych i ogólnego wycieńczenia skończył się śmiertelnie.

Z wiosną 1944 r. obserwowałem u jeńca włoskiego również w przebiegu świnki objawy zapalenia mózgu ze śpiączką, zezem, podwójnym widzeniem itd. Stan chorobowy po 3 tygodniach leczenia 40% urotropiną skończył się pomyślnie. Jakie były dalsze losy tego chorego — niewiadomo mi, gdyż wrócił on do pracy fabrycznej, a ja dostałem się do więzienia, gdzie odebrano mi wszelkie zapiski. Nie mając pod ręką żadnego piśmiennictwa nie mogłem się zorientować, czy objawy mózgowe mogą stać w związku z zapaleniem przyusznic; innych przypadków śpiączki czy zapalenia mózgu w tym czasie nie było. Tym bardziej więc było uderzające, że przypadki świnki były w tym czasie tylko sporadyczne. Zwróciłem się wtedy do Prof. Clausena z Kolonii, który poprzednio był szefem tego szpitala z prośbą, ażeby poszukał w piśmiennictwie lekarskim, czy coś o tym wiadomo. Odpisał mi na to, iż w „Zeitschr. f. Tuberkulose" znalazł wzmiankę, w numerze jakimś przedwojennym, cyfry dokładniej niestety podać nie mogę, że w przypadkach gruźliczych zapalenie przyusznic może przebiegać z objawami zapalenia mózgu. Jaki tu zachodzi związek, czy pod wpływem zarazka następuje uczynnienie gruźlicy, czy też w ustroju osłabionym gruźlicą virus epidemiczny atakuje pewne narządy inne — trudno mi się w tej sprawie wypowiedzieć wobec niemożności przeprowadzenia dokładnych w tym kierunku badań. Podaję jedynie wyniki moich obserwacji w szpitalu jeńców w Arnoldsweiler koło Düren w Nadrenii jako przyczynek do przebiegu i powikłań w czasie zapalenia przyusznic.

Dr JERZY KOLANKOWSKI Cieplice Śląskie - Zdrój
Ordynator Szpitala św. Jadwigi

Przypadek rzeżączki ukrytopochodnej

W sierpniu ub. r. zgłosiła się do mnie chora N. N., urzędniczka, niezamężna, l. 25, ze skargami na trwające od pewnego czasu uporczywe upławy. Badanie wykazało obecność dwoinek rzeżączkowych w wydzielinie z cervix i obraz colpitis granulosa subs. cervicitis gnc. chron. Postawione rozpoznanie b. zdziwiło chorą, która wykluczała z góry możliwość zakażenia rzeżączkowego, twierdząc, iż partner jej jedyny, z którym żyje i z którym zamierza wstąpić w związki małżeńskie, jest zdrów, że nigdy nie chorował na choroby weneryczne; jak również będąc jej całkowicie wiernym, nie miał możności zakażenia się. Przeprowadzono skuteczne leczenie sulfamidowo-penicylinowe. Po prowokacjach i obserwacji ponad miesięcznej go. stale ujemne. Po upływie kilkunastu dni od wyleczenia chora powróciła z podobnymi skargami, jak na początku. W wydzielinie z cewki moczowej i z kanału szyjki stwierdzono obecność dwoinek rzeżączkowych. Rozpoznanie: urethritis et cervicitis gnc. acuta. W wywiadzie stosunki z tym samym partnerem, z wykluczeniem jakichkolwiek innych. Badanie partnera chorej wykazało nieznaczną ilość wydzieliny śluzowej, gnc. negat., nieliczne c. białe, dość obfite nabłonki. Chory twierdzi, że od czasu znajomości z N. N. z nikim innym nie miewał stosunków i że nigdy nie chorował na rzeżączkę, natomiast, że przed paru laty, w czasie wojny, podczas pobytu na południu zaraził się malarią, którą sam leczył chininą. Obecnie miewa ataki w odstępach nieregularnych, czasem co 4 dni, poprzednio znacznie silniejsze. Badanie krwi: plasmodium malariae +. Badanie wydzieliny z cewki moczowej po prowokacjach i w okresach między atakami przeprowadzone seryjnie wykazało nieregularnie pojawiające się nieliczne dwoinki typu neisserella. Hodowla dała wynik całkowicie dodatni: gnc +. Tym sposobem geneza zakażenia N. N. została wyjaśniona. Po zastosowaniu skojarzonego leczenia sulfamidowo-penicylinowego i po 3-miesięcznym okresie spostrzegania nawrót nie wystąpił więcej, gnc. stale ujemne. Wyleczenie całkowite.

Mechanizm tego dość niezwykłego zakażenia rzeżączkowego tłumaczymy sobie następująco: podobnie jak w przypadkach innych schorzeń wysokogorączkowych (dur brzuszny, plamisty itp.) przychodzi do sterylizacji termicznej, jako efektu przestrojenia względnie do osłabienia szczepów bakteryjnych. Również i w wypadku opisanym leczonym prawdopodobnie zbyt niskimi (niebezpieczeństwo dla życia!) dawkami chininy przez samego chorego, przyszło tylko do osłabienia zjadliwości gonokoków, która w okresach bezgorączkowych mogła wzrastać. Ponadto zakażenie mogło przy częstych stosunkach przechodzić „z rąk do rąk", tworząc błędne koło zakażenia, od partnerki z powrotem na partnera, który tę superinfekcję gonokokową zobojętniał swoją malarią, jednakże nie na tyle, aby nie zakażać ponownie. Tlejące w cewce moczowej względnie w jej otworach dodatkowych (uretroskopii nie przeprowadzono) ognisko zakażenia rzeżączkowego było źródłem gonokoków, które drogą pasażu na drugą osobę wracały do pełnej zjadliwości i dawały pełny obraz kliniczny rzeżączki, rzeżączki ukrytopochodnej.

Pełny efekt leczniczy po objęciu w leczenie obojga partnerów świadczy za tym wymownie.

SUMMARY

Abouth the case of cryptogenetic gonorrhoea
by J. Kolankowski, M. D.

The author describe the case of cryptogenetic gonorrhoeal infection of an woman, acquisite from a man as a source of infection, who at the same time was sick with malaria. The close inquiry of the partner results in the ascertain of not many examples of diplococci at intervals free of the fever. The blood examination: plasmodium

malariae positive. Both partners was positive treated with penicillin and sulphamids. The author concludes that mechanism of this case of gonorrhoeal infection was based on the passage of weak diplococci tribe to the other person.

Prof. dr TADEUSZ MARCINIAK Wrocław

O nowym mianownictwie anatomicznym zwanym jenajskim

(Z Zakładu Anatomii Opisowej Uniwers. Wrocławskiego).

Dzieje mianownictwa anatomicznego dadzą się podzielić na trzy okresy: przedbazylejski, bazylejski i jenajski.

Okres przedbazylejski, zakończony u schyłku XIX stulecia, charakteryzował się ogromnym chaosem, który polegał na dowolnym doborze nazw z obszernego arsenału terminów anatomicznych i na ustawicznej ich zmianie tak, że mowa anatomów tego okresu była trudna, a nawet nieraz wprost niezrozumiała. Dlatego znakomity przedstawiciel tego okresu Hyrtl uważał słownictwo anatomiczne za najgorsze i najniedorzeczniejsze ze wszystkich. Słusznie Krysiński w swoich uwagach nad słownictwem anatomicznym podaje, że mianownictwo przedbazylejskie powstało „z niemożliwego zlepku najróżniejszych pojęć i pierwiastków językowych greckich i rzymskich, tudzież arabskich i hebrajskich, przeobleczonych w łacińską sukienkę przez ludzi (arabistów), zazwyczaj najsłabszego pojęcia o anatomii niemających, którzy tłumaczyli na średniowieczną łacinę poprzekręcane odpisy dzieł, które ledwo rozumieli“ (l. c. XII).

Dlatego na trzecim Zjeździe anatomów niemieckich, odbywającym się w Berlinie, w roku 1889 pod przewodnictwem Hisa powołano Komisję mianownictwa z A. Kollikerem na czele, która miała na celu oczyścić mowę anatomiczną z błędów językowych, niezrozumiałych symbolów, z wyrazów utworzonych z dwóch języków — najczęściej łacińskiego i greckiego (hybrydy) — a przez to wprowadzić ujednostajnione słownictwo anatomiczne do nauk lekarskich.

Komisja ta, złożona w przeważającej ilości z Niemców, a jej redakcja wyłącznie z Niemców (His, Krause, Waldeyer) zakończyła po sześciu latach swoją żmudną pracę i przedstawiła na IX. Zjeździe anatomów w Bazylei, w r. 1895, projekt mianownictwa anatomicznego, zwanego stąd bazylejskim i dlatego oznaczonego skrótem B. N. A. — Mianownictwo bazylejskie mimo sprzeciwu takich powag naukowych, jak Roux, w bardzo krótkim czasie rozpowszechniło się we wszystkich krajach używających anatomicznego mianownictwa łacińskiego i zyskało niepodzielne prawa obywatelstwa w języku lekarskim.

Nie bez znaczenia będzie zapoznać się, choćby w krótkości, z zasadniczymi wytycznymi, jakimi kierowała się Komisja bazylejska w ustalaniu słownictwa anatomicznego. Przypomnienie to jest konieczne dla uzasadnienia celowości powołania, w blisko trzydzieści lat później, nowej Komisji, która stworzyła najnowsze mianownictwo, zwane jenajskim.

Założenia Komisji słownictwa bazylejskiego były następujące:

I. Każda część anatomiczna winna mieć tylko jedną nazwę łacińską, ułożoną zgodnie z wymogami języka.

II. Nazwy muszą być proste, treściwe i tam, gdzie jest to możliwe jednowyrazowe.

III. Nazwy mające łączność ze sobą mają być jednakowo ułożone, np. femur, a. femoralis, n. femoralis.

IV. Komisja miała rozpatrzyć celowość istnienia obok nazw rzeczowych, nazw pochodzących od imion własnych.

V. Terminy określające położenie części anatomicznych miały się odnosić tylko do pozycji wyprostnej w myśl zasady, że opisuje się człowieka stojącego twarzą zwróconego do opisującego.

Oceniając ogólne wyniki prac Komisji mianownictwa bazylejskiego możemy dojść do wniosku, że wywiązała się ona bez zarzutu tylko z zasady, zdążającej do ujednostajnienia słownictwa i wybrania dla każdej części ciała tylko jednej nazwy. Ona bowiem wyłowiła z kilkudziesięciu tysięcy (50.000) przeszło pięć tysięcy nazw według swego uznania najodpowiedniejszych. Ogrom tej pracy może po części zobrazować wykaz synonimów Krausego, z którego wynika, że każdy prawie szczegół miał, jeśli nie kilkanaście, to przynajmniej kilka nazw, nieraz tak dziwacznych językowo, że wprost niemożliwych do przetłumaczenia. W tej pochłaniającej wiele czasu pracy dobierania nazw leży prawdopodobnie przyczyna, iż mniejszą uwagę zwrócono na poprawne ich brzmienie językowe. Możliwe również, że to żmudne porządkowanie zepchnęło na dalszy plan pozostałe wytyczne i dlatego w tych punktach, jak się okaże, mianownictwo bazylejskie pozostawiało wiele do życzenia.

Dlatego Komisja mianownictwa bazylejskiego, jakby w przewidywaniu powołania po pewnym czasie nowej komisji słownikowej oświadczyła przez usta swego przewodniczącego „iż prawomocne ustalenie nazw anatomicznych na dłuższy przeciąg czasu jest niemożliwe, gdyż sam postęp nauki wymaga stałego rozwoju mowy anatomicznej“ (l. c. 7 według Krysińskiego) — i, że „nawet możliwie najlepsze wyrazownictwo, odpowiadające potrzebom dnia dzisiejszego, z biegiem czasu może się stać znowu niewystarczającym, dlatego też przeglądanie go w pewnych terminach będzie nieodzowną potrzebą (l. c. 8 wg Krysińskiego).

Takie powody, jak błędy językowe, nieodpowiedni dla niektórych części ciała dobór nazw anatomicznych, brak rozstrzygnięcia używania w nazwach anatomicznych imion własnych, oraz chęć uzupełnienia nieuwzględnionych w mianownictwie bazylejskim nazw nowych, wprowadzonych w ciągu 25 lat do anatomii, skłoniły Anatomiczne Towarzystwo na XXXII. Zjeździe w Heidelbergu, w roku 1923, do poddania zasadniczej rewizji mianownictwo bazylejskie.

Komisja, która miała przejrzeć, poprawić i uzu-

pełnić B. N. A., złożona z dwunastu członków niemieckiego Towarzystwa anatomicznego pod przewodnictwem Virchowa, uzyskała zgodę na współpracę członków Anatomicznego Towarzystwa Wielkiej Brytanii (Anatomical Society of Great Britain and Ireland) jakoteż Anatomicznego Towarzystwa Amerykańskiego (American Association of Anatomists). W pracach Komisji ważną rolę odegrała grupa anatomów włoskich i japońskich. Redakcja spoczywała początkowo w rękach Virchowa, Bauma i v. Eggelinga, a od roku 1930 skład redakcji zmienił się zasadniczo, przewodniczącym został znany i zasłużony anatom wiedeński Hochstetter, członkami zaś Lubosch, Sobotta i Goeppert, a w jego miejsce później Stieve. Zaznaczyć przy tym należy, że jakkolwiek większość członków Towarzystwa Anatomicznego jest narodowości niemieckiej, to wszystkie inne narodowości krajów cywilizowanych mają w nim swoich przedstawicieli, Polska miała dwóch, Z. S. R. R. siedmiu. Wspominam o tym dlatego, że pod względem składu narodowościowego Towarzystwo Anatomiczne w okresie układania nowego mianownictwa niczym nie różniło się od Towarzystwa z okresu tworzenia B. N. A. — Wszelkie zatem zarzuty, jakoby nowe mianownictwo było niemieckie są niepoważne, nie jest ono niemieckie, jak niemieckie nie jest B. N. A., jest ono słownictwem anatomicznym międzynarodowym.

Wyniki prac Komisji przeszły przez trzy czytania. Czytanie pierwsze odbywało się na posiedzeniach we Wiedniu (1925), Fryburgu (1926), Kiel (1927), Frankfurcie (1928). Czytanie drugie miało miejsce w Monachium (1929) i w Tubindze (1929). W roku 1931 pojawiła się tymczasowa lista nowoopracowanego mianownictwa, została ona rozesłana wszystkim członkom Towarzystwa Anatomicznego z propozycją poczynienia swych uwag i spostrzeżeń. W tym czasie nadeszły starannie opracowane wnioski przez anatomów angielskich, amerykańskich i włoskich. Tak sumiennie, po dwunastoletniej pracy przygotowany materiał, przedstawiono do zatwierdzenia Towarzystwu Anatomicznemu na XLIII. Zjeździe w Jenie w roku 1935. Stąd zatwierdzone na tym Zjeździe mianownictwo uzyskało nazwę jenajskiego i sygnowane jest dlatego inicjałami I. N. A.

Tak, jak głównym zadaniem Komisji B. N. A. było urobienie po jednej nazwie dla każdej części anatomicznej, tak zadaniem Komisji I. N. A. było poprawienie tych nazw pod względem językowym, względnie zastąpienie nazw symbolicznych lub o fałszywym brzmieniu nazwami rzeczowymi i pełnymi treści. Komisja I. N. A. wychodziła z założenia, że wobec gwałtownego upadku wykształcenia humanistycznego, przyszła komisja, może za 50 lat powołana do kontroli mianownictwa anatomicznego, nie będzie miała ani ochoty, ani możności do poczynienia niezbędnych poprawek językowych. Jak zaś do przeprowadzenia tego rodzaju poprawek konieczna jest znajomość języków klasycznych świadczą o tym następujące przykłady, zaczerpnięte ze znakomitej broszury, poświęconej temu zagadnieniu H. Triepla.

Pojęcie iliacus używane było w fałszywym znaczeniu, oznacza ono bowiem należący do Troi, a ponieważ kość biodrowa nic wspólnego z Troją nie ma, dlatego zmieniono je na poprawne ilicus, tj. biodrowy. Zmieniono więc dlatego nazwy m. iliacus na m. ilicus, crista iliaca na crista ilica, articulatio sacroiliaca na articulus sacroilicus.

Pojęcie cruciatus oznacza ukrzyżowany, pochodzi ono od słowa crucio-are męczyć, katować, zmieniono je na cruciformis, tj. podobny do krzyża lub na decussatus — skrzyżowany, od decusso-are = podzielić na krzyż, lub w kształcie X. A więc zamiast ligg. cruciata digitorum manus mówimy dziś ligg. cruciformia digitorum manus lub ligg. cruciata genu nazywamy poprawnie ligg. decussata genus.

Mylnie urobionym przymiotnikom, a przez to posiadającym inne od zamierzonego znaczenie, nadano właściwe końcówki, a przez to przywrócono im trafne znaczenie np.:

Cribrosus oznacza bogaty w sita, zmieniono na cribriformis, tj. sitowaty, wyglądający jak sito, a więc nie lamina cribrosa, lecz lamina cribriformis.

Urinarius oznacza coś, co nurkuje, od urinari = nurkować, zmieniono na urinalis, tj. należący do moczu, a więc nie vesica urinaria lecz vesica urinalis.

Tubarius nazywano fabrykanta trąb zmieniono na tubalis, tj. podobny do trąby, a więc nie canalis musculotubarius, lecz canalis musculotubalis.

Lymphaticus znaczy wściekły, szalony, mający wstręt do wody — pojęcie to zmieniono na lymphaceus, tj. należący do limfy, a więc nie vas lymphaticum, lecz vas lymphaceum.

Oprócz szeregu innych zmian odnoszących się do zakończeń przymiotników mianownictwo jenajskie starało się usunąć nazwy symboliczne, nic nie mówiące i zastąpiło je nazwami treściwymi, np.:

Tętnicę bezimienną — a. anonyma nazwało pniem ramieniowogłowowym — truncus brachiocephalicus, żyły bezimienne — Venae anonymae — żyłami ramieniowogłowowymi — venae brachiocephalicae.

Żebra prawdziwe — costae verae nazwano żebrami mostkowymi — costae sternales, żebra rzekome — costae spuriae — żebrami łukowymi costae arcuariae. Pamiętam, iż ucząc się na pierwszym roku anatomii kości zastanawiałem się, dlaczego żebro ósme, jedno z największych, jest żebrem rzekomym i czy brak jego łączności z mostkiem może uzasadniać brak jego rzeczywistości.

Tętnicę sutkową wewnętrzną — a. mammaria interna, która — jak wiadomo — nie tylko do sutka oddaje gałęzie, zwłaszcza u mężczyzn,

zastąpiono lepszą nazwą tętnicy tułowiowej wewnętrznej — a. thoracica interna.

Niemile brzmiące nazwy aa. haemorrhoidales, greckiego pochodzenia, przypominające haemorrhoides — krwawnice, zmieniono na nazwy łacińskie aa. rectales lub a. analis (B. N. A. = a. haemorrhoidalis infer.).

Zasadę Komisji mianownictwa bazylijskiego, by nazwy mające łączność ze sobą ułożyć jednakowo, wprowadziło w całej pełni dopiero mianownictwo jenajskie. I tak na wzór femur, a. femoralis, n. femoralis nazwano od kości łydkowej — fibula, a. fibularis, n. fibularis comm. prof. superf., mm. fibularis long., brev. zamiast dotychczas używanych nazw pochodzenia greckiego a. peronaea, n. peronaeus comm., prof. superf., mm. peronaeus long., brev.

Na tej samej zasadzie zmieniono nazwę tętnicy a. maxillaris exter. na tętnicę twarzową — a. facialis, odpowiednio do nerwu twarzowego — n. facialis. Nazwę zaś tętnicy szczękowej — a. maxillaris pozostawiono dla dawniejszej a. maxillaris interna.

W miejsce nazwy tętnicy poprzecznej łopatki a. transversa scapulae wprowadzono nazwę nadłopatkowej a. suprascapularis, odpowiednio do nerwu tej samej nazwy n. suprascapularis. Takie postawienie sprawy prowadzi do zmniejszenia pojęć anatomicznych, na brak których nie można się uskarżać.

W zreformowanym mianownictwie jenajskim daje się zauważyć wiele nazw skróconych, co było również dążeniem Komisji bazylejskiej, i tak w miejsce długich nazw jak:

Lamina parietalis i lamina visceralis tunicae vaginalis propriae testis wprowadzono krótkie nazwy greckiego pochodzenia periorchium i epiorchium, które by po polsku można nazwać blaszką kołojądrową i blaszką najądrową.

Na wzór istniejącego już perimetrium (tunica serosa uteri) — omacicza, wprowadzono w miejsce tunica mucosa uteri — endometrium, a w miejsce tunica muscularis uteri — myometrium, co można by po polsku nazywać wmaciczem (na wzór wsierdzia — endocardium)) i śródmaciczem (na wzór śródsierdzia — myocardium).

Podobnie skrócono nazwy mięśni gardła, wywodząc ich znaczenie nie z czynności, ale z okolic ich przyczepu, a więc m. constrictor pharyngis sup. nazwano mięśniem głowowogardłowym — m. cephalopharyngicus, m. constrictor pharyngis medius — mięśniem gnykowogardłowym — m. hyopharyngicus, m. constrictor pharyngis inferior — mięśniem krtaniowogardłowym — m. laryngopharyngicus.

Odebrano błonie dziewiczej niepotrzebny przymiotnik, który mógł być dziwacznie tłumaczony, gdyż w myśl zasady bazylejskiej przymiotniki winny mieć swoją antytezę, zamiast hymen femininus — nazwano ją krótko hymen.

Zmieniono nazwy pozostałości naczyń i przewodów płodowych z więzadeł na struny, a więc mało wyjaśniającą nazwę, jak więzadło obłe wątroby — lig. teres hepatis zmieniono na treściwszą nazwę struny żyły pępkowej — chorda venae umbilicalis, więzadło żylne wątroby Arancjusza — lig. venosum hepatis Arantii na strunę przewodu żylnego — chorda ductus venosi, więzadło pępkowe środkowe — lig. umbilicale medium na strunę moczownika (moczościeku) chorda urachi.

W anatomii mózgowia i rdzenia kręgowego przeprowadzono również znaczne reformy nazw, usunięto pojęcia powrózków — funiculi, pozostawiono jeno pojęcia pęczków — fasciculi i pasm — tractus, oraz rozgraniczono ich zastosowanie, tym samym uporządkowano zamieszanie, jakie w tej dziedzinie dotychczas panowało. Zmieniono również dotychczasową nazwę nerwu wzrokowego n. opticus na pęczek wzrokowy — fasciculus opticus. Wprowadzono nieznane w mianownictwie bazylejskim pojęcie nerwu krańcowego — n. terminalis i nadano wielu drogom mózgowym nazwy niespotykane w B. N. A.

Komisja mianownictwa jenajskiego, idąc w ślady Henlego zerwała ostatecznie z nadawaniem nazw pochodzących od imion własnych, zgodnie z propozycjami anatomów angielskich i amerykańskich. Nie podzielała zapatrywań Komisji bazylejskiej, która utrzymanie pewnych nazw od imion własnych uzasadniała tym, że są one jedynym środkiem porozumienia i jedyną rękojmią prawdziwości opisanych spostrzeżeń, dopóki fakty podane przez badacza nie zostaną sprawdzone przez innych i nie staną się uznanym przez wszystkich dorobkiem naukowym. Komisja jenajska odrzucając nazwy pochodzące od imion własnych wychodziła z założenia, że jakkolwiek nazwy takie mogą budzić zainteresowanie historyczne jakkolwiek przywodzą na pamięć takie nazwiska sławnych lekarzy papieskich i włoskich, jak Malpighi M., Eustachio B., Falloppia G. — to jednak wiele z nich jest nadanych niesłusznie. I rzeczywiście sławnemu anatomowi średniowiecza, autorowi wspaniałego na ówczesne czasy dzieła „De humani corporis fabrica libri septem" Vesaliuszowi A. odebrano jego imieniem nazwane więzadło pachwinowe, a ofiarowano niesłusznie Poupartowi. Vesaliuszowi zostawiono jedynie mało przez anatomów uwzględnioną kostkę dodatkową zwaną fabella i również odmianę kostną wspominaną raczej przez rentgenologów jako os Vesalianum. Jeden może Morgagni chętnie zrezygnowałby z oddania wieńca jego zasługom pod słupami na jego cześć nazwanymi.

Mianownictwo jenajskie nie zna zatem takich nazw, jak zonula ciliaris Zinni i w miejsce to wprowadziło nazwę rzeczową — przyrząd wieszadłowy soczewki — apparatus suspensorius lentis. Trąbkę słuchową Eustachiusza zmieniono na słuszniejszą nazwę trąbki gardłowobębenkowej — tuba pharyngotympanica. Nawet dano sobie radę z uświęconą przez tradycję

i przeniesioną do mowy ludowej nazwą, ścięgna piętowego Achillesa — tendo calcaneus Achillis, nazywając je poprostu ścięgnem mięśnia trójgłowego łydki — tendo m. tricipitis surrae.

Ale prócz poprawek językowych, wprowadzenia wielu nazw rzeczowych i nowych, najważniejszą nowością wprowadzoną przez mianownictwo jenajskie jest zerwanie z niewolniczym trzymaniem się określeń położenia, dostosowanych tylko do postawy stojącej. Lekarze praktycy, jak chirurdzy i ginekolodzy domagali się usunięcia takich określeń, jak górny — dolny, przedni — tylny. Świadczy o tym dosłownie przytoczony ustęp ze sprawozdania Komisji jenajskiej „So teilte der Chirurg Payr, um nur einen unter vielen zu nennen, mit, dass er die Ausdrücke vorn und hinten, oben und unten beim Unterricht nicht gebrauche, da sie zu schwer zu verstehen seien“ (l. c. 336 Ergz. 81 B. Anat. Anz. 1936). Komisja I. N. A. podkreśla więc, że wprowadza, tam gdzie można, w miejsce dawnych określeń położenia: górny — superior, dolny — inferior, przedni — anterior, tylny — posterior, pojęcia mające zastosowanie w każdym położeniu ciała, jak dogłowowy — cranialis, doogonowy — caudalis, brzuszny — ventralis i grzbietowy — dorsalis, oraz „dass die durch sie notwendigen Aenderungen in erster Linie mit Rücksicht auf die Praktiker, und nicht auf die Ansprüche der vergleichenden Anatomie durchgeführt wurden“ (l. c. 337 Ergzh. z. 81 B. Anat. Anz. 1936). Dodać ponadto należy, że wyrazy cranialis, caudalis, ventralis, dorsalis, nie są pojęciami nowymi, wprowadziła je do mianownictwa anatomicznego Komisja bazylejska, nowością jest tylko sposób ich zastosowania.

Atoli tam, gdzie nowe określenia położenia nie okazywały się lepszymi, lub nie dały się zastosować, zachowano określenia dawne i tak: muszle nosowe nazywają się po dawnemu, tak samo stare są oznaczenia kanałów i przewodów półkolistych, z tych samych względów zaniechano nazywać powiekę górną — powieką czołową — palpebra frontalis, a powiekę dolną — powieką licową — palpebra malaris, zostawiając lepsze nazwy dawniejsze. Natomiast wargę górną ust — labium superius oris nazwano krócej wargą szczękową — labium maxillare, zaś wargę dolną ust — labium inferius oris, wargą żuchwową — labium mandibulare. Przy tej sposobności wspomnę, że niesłuszną nazwę gruczołu podszczękowego — glandula submaxillaris zmieniono na gruczoł podżuchwowy — glandula submandibularis. Również krótsze nazwy uzyskały warga górna i dolna zastawki okrężnicy — labium superius et inferius valvulae coli, nazywamy je wargą dogłowową — labium craniale i wargą doogonową — labium caudale. I znowu wargę przednią i tylną pochwowego odcinka (szyjki) macicy — labium anterius et posterius (uteri) portionis vaginalis uteri nazywamy wargą brzuszną — labium ventrale i wargą grzbietową — labium dorsale.

Do kończyn zastosowano konsekwentnie określenia wprowadzone już przez B. N. A., jak: bliższy — proximalis, dalszy — distalis, łokciowy — ulnaris, promieniowy — radialis, piszczelowy — tibialis, łydkowy — fibularis, (nie strzałkowy, by określenie to nie mieszało się z pojęciem sagittalis — strzałowy). — Ponadto zaznaczyć należy, że na kończynie tułowiowej — extremitas thoracica zastosowano w miejsce określeń przedni — anterior i tylny — posterior, pojęcia dłoniowy — volaris i grzbietowy — dorsalis i to nie tylko w odniesieniu do ręki — manus, ale przedramienia — antebrachium i ramienia — brachium. Dlatego nieuzasadnione były nazwy w B. N. A. dla ramienia n. cutaneus brachii posterior, a dla przedramienia n. cutaneus antebrachii dorsalis, obecnie nazwy te brzmią jednakowo n. cutaneus brachii dorsalis i n. cutaneus antebrachii dorsalis. Podobnych określeń na kończynie miednicowej — extremitas pelvina nie dało się zastosować w takim stopniu, w jakim tego sobie życzyli anatomowie porównawczy, a to z uwagi na trudności i niejasności, jakie by za sobą pociągało określenie podeszwowy — plantaris i grzbietowy — dorsalis, w odniesieniu do podudzia i uda. Dlatego dla tych części pozostawiono określenia przedni — anterior i tylny — posterior, zatrzymując określenia podeszwowy i grzbietowy tylko dla stopy.

Cyfrowe różnice zachodzące między mianownictwem bazylejskim a jenajskim przedstawia w przybliżeniu załączona tabelka.

Ilość Nazw w B. N. A.	Ilość Nazw w I. N. A.	Ilość Nazw w I. N. A. skreślonych	Ilość Nazw w I. N. A. niezmienionych	Ilość Nazw w I. N. A. mało zmienionych	Ilość Nazw w I. N. A. bardzo zmienionych	Ilość Nazw w I. N. A. nowych
5 276	5.303	480	3.491	1.155	150	507

Z powyższego zestawienia wynika, że:

1) mianownictwo jenajskie jest o 27 nazw liczniejsze od mianownictwa bazylejskiego;

2) znacznie zmienionych nazw jest niespełna 3%, mało zmienionych około 22%, niezmienionych około 66%, skreślonych, a w ich miejsce nowowprowadzonych około 9%;

3) dla nowouczących się mianownictwa anatomicznego różnice te nie są groźne i nie mogą przedstawiać zwiększonych trudności pamięciowych, gdyż przyswojenie dwudziestu siedmiu nazw więcej, wobec z górą 5.000 nie ma żadnego znaczenia;

4) dla tych, którzy znają mianownictwo bazylejskie zapamiętanie przede wszystkim 3% nowych nazw o innym brzmieniu nie powinno być powodem do odrzucenia nowego mianownictwa.

Tak, jak Komisja B. N. A. nie pojmowała swojej pracy za ostateczne załatwienie mianownictwa anatomicznego, tak i pracę Komisji I. N. A. należy uznać jeno za etap na drodze do ulepszenia mo-

wy anatomicznej, ale nie za koniec tej drogi. Droga ta bowiem, mając na uwadze postęp nauki, tak długo będzie nieskończona, jak nieskończoną będzie sama nauka.

Wprowadzenie mianownictwa jenajskiego, tak do wykładów, jak i podręczników anatomii jest — moim zdaniem — sprawą konieczną, choćby z tego względu, iż to nowe słownictwo zdobywa sobie coraz wyraźniej prawo obywatelstwa w literaturze klinicznej narazie zagranicznej, z czasem krajowej. Liczyć się należy, że przedstawiciele klinik przyjmą stosowniejsze i językowo poprawniejsze nazwy nowe, a wtedy student może słusznie domagać się, by jego mowa anatomiczna, z trudem przyswajana w początkowych latach studiów nie była inną od mowy klinicznej.

Polska nie może przez niczym logicznie uzasadniony bojkot nowego mianownictwa, które prędzej czy później, siłą swojej rzeczywistości i poprawności językowej, zapanuje nad bazylejskim, oddzielić się „żelazną kurtyną“ od światowej literatury naukowej i z czasem doprowadzić do znacznych trudności w rozumieniu podręczników i publikacji naukowych zagranicznych.

Pamiętać także należy, że żadna propaganda. ani tym bardziej demagogia nie zdoła powstrzymać wprowadzenia mowy, gdy ona będzie odpowiadała potrzebom nauki.

PIŚMIENNICTWO:

His W.: Die Anatomische Nomenklatur, Leipzig 1895. — Kopsch Fr.: Die Nomina anatomica des Jahres 1895 (B. N. A.) nach der Buchstabenreihe geordnet und gegenübergestellt den Nomina anatomica des Jahres 1935 (I. N. A.), Leipzig 1941. — Krause W.: Synonymenregister, Handbuch der Anatomie des Menschen, Leipzig 1905. — Krysiński S.: Słownictwo anatomiczne, Warszawa 1898. — Stieve H.: Nomina anatomica, Verh. d. Anat. Gesell. auf d. XLIII. Verl. Jena 1935. — Stieve H.: Verbesserungen an den Nomina anatomica, Anat. Anz. 83 B. 1936/37. — Sh. Suzuki, T. Katsumata, R. Ura, T. Fujita, M. Niizima, H. Suzuki: Ueber die Nomina Anatomica Nova, Folia Anatomica Japonica 14 B. 1936. — Triepel H.: Die Anatomischen Namen, München 1943. — Victor E. Emmel: The BNA Arranged As An Outline Regional And Systematic Anatomy, Philadelphia 1927. — Verhand. d. Anat. Gesell. auf d. III. Versam., Berlin 1889. — Verhand. d. Anat. Gesell. auf d. IX. Versam., Basel 1895. — Verhand. d. Anat. Gesell. auf d. XXXII. Versam., Heidelberg 1923. — Verhand. d. Anat. Gesell. auf d. XXXIV. Vers., Wien 1925. — Verhand. d. Anat. Gesell. auf d. XXXV. Versam., Freiburg 1926. — Verhand. d. Anat. Gesell. auf d. XXXVI. Versam., Kiel 1927. — Verh. d. Anat. Gesell. auf d. XXXVII. Versam. Frankfurt 1928. — Verhand. d. Anat. Gesell. auf d. XXXVIII. Versam., Tübingen 1929.

RESUMÉ

Sur le nouveau vocabulaire anatomique, appelé vocabulaire de Iena.

par Prof. Dr Thadée Marciniak

(de l'Institut d'Anatomie descriptive à l'Université de Wroclaw)

Le nouveau vocabulaire anatomique, dit vocabulaire de Iéna, élaboré par les membres de la Société Anatomique allemande, en collaboration avec les membres de la Société Anatomique de Grande Bretagne et ceux de la Société Anatomique d'Amérique, fut publié à Iena en 1935.

Le vocabulaire de Iéna introduit à l'ancien vocabulaire de Bâle des modifications linguistiques, change les dénominations symboliques en réels, soustrait les noms propres des dénominations anatomiques en les suppléant par les dénominations neuves, conformément aux progrès de la science.

En établissant un parallèle entre les deux vocabulaires, nous avons dans le nouveau vocabulaire de Iéna le pourcentage suivant: 3% de dénominations considérablement changées, 22% d'insensiblement changées, 66% d'inaltérables et enfin 9% de dénominations nouvellement introduites.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

CZASOPISMA KRAJOWE:

NOWINY LEKARSKIE. Z. 1. 1948. A. Brodniewicz: Niezwykły przypadek pokąsania dziecka przez szczura w szpitalu. — W. Michałkiewicz: Współczesna ocena teorii Ogino-Knausa. — St. Michalak: W stulecie pierwszego zastosowania eteru do uśpienia.

NOWINY LEKARSKIE. Z. 2, 1948. H. Bręborowicz: Pęknięcie macicy ciężarnej. — Z. Mąka: Uwagi dotyczące przebiegu i klasyfikacji chorób gośćcowych. — M. Rozynek: Patogeneza zapalenia wielonerwowego po leczeniu sulfatiazolem.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI. Nr 48—49, 1947. J. Olbrycht: W piątą rocznicę zgonu Leona Wachholza — T. Butkiewicz: Znaczenie lecznicze blokady układu współczulnego. — J. Nowicki: Rzadki przypadek choroby układu naczyniowego. — W. Gutowski: Włókniak guzowaty. — S. Czernic: Rak pierwotny tchawicy. — J. Marcinek: Przypadek macicy podwójnej z prawostronnym krwiakiem śródpochwowym. — W. Kosiński: Krytyczny rzut oka na nasze leczenie. — T. Korzybski: Syntetyczna penicylina. — B. Nowakowski: Przyczynek do chorobowości naszej ludności wiejskiej.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI. Nr 50—51, 1947. J. Handelsman i M. Kaczyński: Śp. prof. Jan Mazurkiewicz. Człowiek i jego dzieło. — A. Landau: Ewolucja pojęć w patologii i leczeniu zapalenia płuc. — W. Hartwig i J. Szeskin: O wynikach leczenia Bal'em (2,3-dimerkaptopropanolem). — T. Butkiewicz: Znaczenię lecznicze blokady układu współczulnego (c. d.). — J. Sobański: Odklejenie siatkówki i jego leczenie. — J. Krasowska: O objawie zbędnych wspomnień. — J. Aleksandrowicz i J. Kowalczykowa: Przypadek siatkowiako-mięsaka (retotheliosarcoma) rozpoznany za życia z pomocą limfadenogramu. — A. Horst: Ograniczone zrostowe zapalenie otrzewnej. — S. Michalak: Kilka uwag o oznaczaniu ilości białek w surowicy zapomocą refraktometru. — W. Kierst: Żelazo w ustroju ludzkim i leczenie żelazem. — St. Bober: Choroba powietrzna. — W. Kosiński: Krytyczny rzut oka na nasze leczenie (dok.).

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI. Nr 1, 1948. Z. Godłowski: Wpływ wysokich dawek insuliny na rdzeń nadnerczy królików. — J. Żubrzycki: Umocowanie trzonu macicy powięziowe pierścieniowate. — A. Dowżenko:

Zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym w zapaleniu korzonkowo-wielonerwowym i w bloku kanału kręgowego ze szczególnym uwzględnieniem odczynu Weichbrodta. — B. Kozłowski: O mało znanym sposobie operacji opadnięcia powiek — P. Przytuła: O zmianach histopatologicznych w polipach śluzowych szyjki macicy. — Stan zdrowotny wsi Borowy pow. piotrkowskiego (praca zespołowa).

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI. Nr 2, 1948. W. Hartwig: Acromegalia cum neurofibromatosi generalisata. — M. Gamski: O umiejscowieniu metalicznych ciał obcych w ustroju. — R. Arend: Spaczone ruchy żarcia i zaburzenia chodu po nagminnym zapaleniu mózgu. — Z. Godłowski: Wpływ wysokich dawek insuliny na rdzeń nadnerczy królików — M. Obtułowicz: Foefor ex ore jako objaw alergii pokarmowej.

LEKARZ KOLEJOWY. Nr 1—2, 1947. E. Stroiński: Szpitale kolejowe i sanatoria w świetle obecnie obowiązujących przepisów PKP. — H. Bartólewski· Uwagi do referatu p. Stroińskiego. — Fr. Bednarek: Gruźlica płuc w orzecznictwie lekarskim. — J. Maciejewski: Elektrokardiogramy i najczęściej spotykane w nich zmiany w gruźlicy płuc. — J. Rabcewicz: Nowoczesne metody leczenia gruźlicy płuc. — R. Raczyński: Właściwe skierowywanie płucno chorych do sanatoriów z punktu widzenia lekarsko-społecznego i gospodarczego. — T. Sokołowski: Zez towarzyszący a przydatność do służby kolejowej w świetle przepisów Nr S. 1.

DZIENNIK ZDROWIA. Nr 17—18, 1947.
DZIENNIK ZDROWIA. Nr 19—20, 1947.
DZIENNIK ZDROWIA. Nr 21—24, 1947.
DZIENNIK URZĘDOWY MIN. ZDROWIA. Nr 3, 1948.
MEDYCYNA WETERYNARYJNA. Nr 1, 1948.
PRZEGLĄD HODOWLANY. Nr 12, 1947.
WIADOMOŚCI STATYSTYCZNE. Z. 2, 1948.

CZASOPISMA ZAGRANICZNE:

H. MOON

Niedomoga nerek towarzysząca wstrząsowi

J. Am. Med. Ass. 1947, 134, Nr 5, str. 425—429.

Wielu autorów donosiło, że wstrząsowi towarzyszy oliguria lub anuria z retencją ciał azotowych, prowadząca nieraz do mocznicy, jeżeli osobnik przeżyje kilka dni. Czasem stan subletalnego wstrząsu trwa przez kilka dni, wówczas niedomoga nerek dominuje w obrazie klinicznym. Wstrząs może być nie tylko następstwem urazu, oparzenia i rozległych interwencyj chirurgicznych, ale i szeregu innych okoliczności, jak: oparzenie, zamarznięcie, zamknięcie naczyń, zawęźlenie jelit, udar cieplny czy słoneczny, oparzenie energią promienistą, przedziurawienie trzew, skutki zatruć (truciznami, narkotykami), anafilaksja, reakcja po przetoczeniu krwi, zatrucie produktami przemiany materii i ostre choroby zakaźne. W tych stanach ostra mocznica może wystąpić niezależnie od kłębuszkowego zapalenia nerek. Nerki przedstawiają wówczas następujący obraz anatomo-patologiczny: są przeważnie normalnej wielkości lub nieznacznie powiększone, zazwyczaj miękkie, wyraźnie obrzmiałe; torebka złuszcza się niezwykle łatwo, żyły istoty korowej są przepełnione, zabarwienie zmienia się zależnie od nacieczenia i zmian miąższowych. Obraz mikroskopowy cechuje się uwidocznieniem kłębuszków i naczyń międzykanalikowych na skutek przekrwienia i zmianami zwyrodnieniowymi (zwyrodnienie szkliste, ziarniste, wakuolizacja, martwica). Znanym obrazem tego typu jest C r u s h S y n d r o m e (anuria post-traumatica) opisany przez B y w a t e r s'a u osób zasypanych podczas eksplozji. Uważano, że niedomoga nerek była spowodowana mechaniczną blokadą kanalików zbierających przez odkładające się złogi barwika. Sekcja tych przypadków wykazała zatkanie nielicznych tylko kanalików zbierających. Obraz histologiczny był identyczny z tym, jaki widzimy w przypadkach wstrząsu chirurgicznego. Zmiany morfologiczne w nerkach są identyczne niezależnie od tego, która z licznych wyżej wymienionych przyczyn doprowadziła do wstrząsu. Czynnikiem wywołującym zwyrodnienie lub martwicę nabłonka kanalików nerkowych może być czynnik toksyczny anoksemiczny lub nerwowy. Niektórzy tłumaczą powstanie niedomogi nerkowej zmniejszeniem przesączania kłębuszkowego, które z kolei zależy od niskiego ciśnienia tętniczego towarzyszącego wstrząsowi. Opisana powyżej niedomoga znana jest współczesnym patologom i klinicystom jako nephritis acuta tubularis, nephritis acuta parenchymatosa, nephritis desquamativa aut degenerativa lub ostra choroba Bright'a.

K. Ślęzak (Łódź)

W 75% przypadków rwy kulszowej, fibrositis i przewlekłego gośćca uzyskano dobre wyniki przez odwodnienie. Choremu pozwala się pić w ciągu doby tylko 225 cm³ wody, podając jednocześnie co godzinę 6 razy po 2,3 Natrii sulfur. Można jednocześnie dożylnie wstrzyknąć 50 cm³ 30% Natrii chlorati (szybko wstrzykiwać, by uniknąć bólu; jeśli nawet powstaną małe zakrzepy — szybko, po paru dniach ustępują) i zaraz potem dać wypić 100 cm³ herbaty; potem w ciągu 4-ch godzin nie wolno pić. Copenian i Pugh (Lancet, 1945, s. 553).

Niesłusznie po wykryciu działania wyciągów wątroby zarzucono podawanie 50—80 g dziennie świeżego cielęcego szpiku kostnego doustnie, lub w zastrzykach w postaci wyciągu. Dobre wyniki można uzyskać w anemii hipoplastycznej pochodzenia toksycznego. Warto też łączyć to leczenie w chor. Biermera z leczeniem wątrobowym. Poleca się też w niedokrewnościach po krwotokach i innych wtórnych niedokrewnościach.

T. Giraud i T. Desmonts, Rev. méd. de la Suisse romane, 1946, t. 66, N 12, s. 905—911.

J. OLMER i R. HUGUET

Gruźlica płuc u chorych po gastrektomii

Pr. méd. 1947, 72, 832.

Nieraz stwierdza się w parę miesięcy po gastrektomii (z powodu choroby wrzodowej) szybki rozwój gruźlicy płuc, wyraźnie zależny od zabiegu operacyjnego. Sprawa ta może mieć nie tylko znaczenie praktyczne, gdyż tego rodzaju chorych należy uważnie zbadać przed zabiegiem i kilkakrotnie w najbliższych miesiącach po nim — ale także i teoretyczne. Pomijając nawet ewentualność gruźliczego pochodzenia wrzodu żołądka, z punktu widzenia teorii neurogennej możnaby mówić o podrażnieniu, wychodzącym z zakresu splotu słonecznego, gdyż na drodze doświadczalnej wywołano uszkodzenie płuc przez

drażnienie n. błędnego. Teoria neuro-humoralna w tym wypadku bierze pod uwagę wpływ włókien histaminergicznych układu roślinnego; histamina miałaby powodować krwioplucia i zawały, a wtórnie (poprzez cholinę i adrenalinę) dochodziłoby do osłabienia siły życiowej miąższu płucnego. Z punktu widzenia teorii chemicznej gastrektomia, powodując zmiany pH ustroju w kierunku zakwaszenia, ma ułatwiać rozwój prątków Kocha. Teoria czysto humoralna uwzględnia obronną rolę żołądka przez wydzielanie hormonu przeciwbakteryjnego oraz ewentualną anergię po resekcji żołądka. Wreszcie teoria niedoboru metabolicznego bierze pod uwagę niedokrwistość po zabiegu operacyjnym, a zwłaszcza głębokie zaburzenia po nim w zakresie wydzielania trzustki, jelit oraz żółci, które poprzez niedożywienie ułatwić mogą rozwój gruźlicy.

J. Chlebowski

R LUFT i G. MALMSSTROM

Leczenie angine d'effort hormonami płciowymi

(Cardiologia, 1946/47, t. II, 6, 303—331, ref. Pr. méd., 1948, 2, 20).

Autorzy próbowali leczenia hormonami w 10 przypadkach (8 mężczyzn i 2 kobiety) chorych, których cierpienie trwało od paru miesięcy do kilku lat. Wszyscy mężczyźni byli impotentami, względnie mieli obniżone libido. Pięciu z nich oraz obie kobiety miało wzmożone wydzielanie hormonów gonadotropowych w moczu. Badanie układu krążenia wykonano skrupulatnie i szczegółowo.

Leczenie polegało u mężczyzn na wstrzykiwaniu podskórnym propionatu testosteronu aż do osiągnięcia ogólnej sumy 330—875 mg w zależności od przypadku, u kobiet zaś na wstrzykiwaniach oestradiolu czy podawaniu doustnym stilboestrolu. Polepszenie zaznaczyło się u wszystkich chorych już po 6.—10. zastrzyku, w niektórych przypadkach chorzy klinicznie uważali siebie za wyleczonych po zakończeniu leczenia.

W kilku przypadkach także krzywe elektrokardiogramów po wysiłku stały się normalne. W jednym przypadku poprawa trwała krótko i nastąpiło później pogorszenie bez bmian w Ekg. W 3 przypadkach po upływie 3—7 miesięcy nastąpił nawrót lekkich bólów dławicowych z nawrotem zmian w Ekg.

J. Chlebowski

H CHABANIER i G. LOBO-ONELL

Leczenie nadciśnienia całkowitego bezsolną dietą

(Progr. méd. 1947, 75, 485—490).

Metoda ta jest obecnie najskuteczniejsza w leczeniu nadciśnienia, wymaga jednak nie tylko wyłączenia dodatków soli do pożywienia, ale także usunięcia pokarmów, zawierających sól w ogóle. Należy więc zabronić używania mleka, soczewicy, serów, ryb morskich itp. Należy także zastąpić zwykły chleb specjalnie przygotowanym, względnie biszkoptami bezsolnymi. Chorzy na ogół zupełnie dobrze znoszą taką dietę; wiele też zależy od umiejętności kucharza, który i bez soli potrafi przygotować smaczne dania. Objawy depresji są rzadkie, zespół zaś mocznicy, uzależniony od obniżenia ilości chloru, jest skutkiem zaburzeń przemiany białkowej, w których wyniku do krwiobiegu trafiają produkty przemiany pośredniej.

Uzyskane wyniki są szczególnie zachęcające w nadciśnieniu bez powikłań nerkowych.

J. Chlebowski

COHEN A., FROMMER P., GOLDMAN J.

Fizostygmina w leczeniu skurczów mięśniowych w przebiegu gośćca stawowego

(J. A. M. A. 130, Nr 5, 265—270, 1946, ref. Praxis 1946, 18, 280).

Zdaniem autorów fizostygmina powoduje rozluźnienie mięśni w przypadkach gośćca stawowego, gdy mamy do czynienia z upośledzeniem ruchomości czynnej i biernej.

Leczenie wygląda następująco: przez pierwszy tydzień choroby otrzymuje zastrzyki podskórne z NaCl, następnie podajemy domięśniowo 0,6 mg fizostygminy + 0,6 mg atropiny celem zwalczenia nieprzyjemnej reakcji w układzie parasympatycznym Jeżeli dawka jest nie wystarczająca możemy podawać do 1,2 mg fizostygminy. Często po seriach takich zastrzyków autorzy otrzymywali trwałe wyniki.

Jerzy Farner (Łódź)

CHEW W., BERGER E., BRINES O., CAPRON M.

Leczenie alkaliami w zatruciach alkoholem metylowym

(J. A. M. A. 1946, 130, 2, 61—64, ref. Praxis 1946, 18, 280).

Alkohol metylowy ma skłonność przede wszystkim do atakowania siatkówki i nerwu wzrokowego. Poza tym powoduje skurcze naczyń, obrzęk i uszkodzenie ostre nerek, wątroby, serca i innych narządów. Przyczyną zatrucia jest tworzenie się wielkiej ilości kwasu mlekowego i innych kwasów organicznych. Objawy zatrucia, jak mdłości, wymioty, upośledzenie wzroku, a nawet ślepota występują po 9—36 godzinach. Gdy dołącza się do tego sinica i oddech Kussmaula, śmierć następuje po godzinie. Leczenie silnymi dawkami zasad pozwala polepszyć stan zatrucia. Autorzy stosowali mleczan sodu w roztworze izotonicznym dożylnie i per os w ilości do 73,8 g zasady w ciągu pierwszych 24 godzin, uzyskując poprawę.

Jerzy Farner (Łódź)

W. H. KNEEDLER

Kolchicyna w przypadku ostrej białaczki szpikowej

(Ref. J. Am. Med. Ass. 1945, 129, Praxis, 1946, 15, 238).

Autor informuje o przypadku ostrej białaczki szpikowej leczonej aż do śmierci (w ciągu 13 i pół miesięcy) kolchicyną. W ciągu trzech miesięcy nastąpiła poprawa z przybraniem na wadze około 15 kg. Przetaczanie krwi były w ciągu 8 miesięcy zbędne. Później dołączyły się skaza krwotoczna i ropne zakażenia. Obraz kliniczny i hematologiczny nie wykazywał żadnych osobliwości. Niestety na temat pomyślnego wpływu kolchicyny w ostrej białaczce szpikowej nie można, jak dotychczas,

wysnuwać żadnych wniosków, jednakowoż dalsze próby byłyby wskazane.

J. Szenic (Łódź)

J. DOSCH

Rumień guzowaty w przebiegu schorzenia gruźliczego

(Dysert. inaug., ref. Praxis 1946, 17, 264).

Rumień guzowaty według obecnych poglądów jest zasadniczo pochodzenia gruźliczego, dlatego według Löfflera każdy przypadek rumienia guzowatego powinien być leczony zgodnie z jego genezą gruźliczą, dopóki nię uda się udowodnić niesłuszności tego rodzaju podejścia. Rumień guzowaty jest w większości przypadków wyrazem pierwotnego zakażenia gruźliczego danego osobnika (8 na 11 przypadków). W pojedyńczych przypadkach występuje rumień guzowaty w przebiegu gruźlicy drugorzędowej (2 przypadki). Niekiedy daje się zaobserwować rumień guzowaty także i przy zaostrzeniach w przebiegu gruźlicy trzeciorzędowej (1 przypadek).

Rumień guzowaty, towarzyszący chorobom zakaźnym i zatruciom, jest sygnałem ostrzegawczym co do gruźlicy. Dotknięte nim osoby powinny być dokładnie i to wielekroć przebadane.. Każdy przypadek rumienia guzowatego ze względu na rolę jego w sensie profilaktycznym należy dokładnie wyjaśnić i przeprowadzić szereg badań dla ustalenia źród.a zakażenia.

J. Szenic (Łódź)

COBURN A.

Technika leczenia salicylem ostrego reumatyzmu stawowego

(Bull. John Hopkins Hosp. 73, p. 435—464, dec. 1943, ref. Praxis 1946, 18, 280).

Zdaniem autora stężenie 350 gamma salicylatów we krwi hamuje rozwój reumatyzmu, natomiast stężenie do 200 gamma salicylatów li tylko przygłusza objawy. Technika leczenia według autora jest następująca: 1 dzień — 10 g salicylatu w 1000 cm^3 roztworu fizjologicznego dożylnie kropla po kropli w czasie 5—6 godzin. 2 dzień — jeśli objawy są te same i temperatura nie opadła, to 20 g w 2000 cm^3 roztworu fizjologicznego w 8 godz. 3 dzień — to samo; jeżeli jednak polepszenie osiągnięte, to tylko 10 g.

4—6 dnia — to samo, kropla po kropli, dopóki opad się nie zmniejszy.

7—30 dnia — leczenie per os: 1,6 g salicylatu + 0,6 g dwuwęglanu sodu co 4 godz. dzień i noc — razem 10 g dziennie. Od 30 dnia — jeżeli opadanie jest normalne odstawiamy lekarstwa na tydzień, trzymając chorego w łóżku Po tygodniu pozwalamy wstać, jeśli jednak objawy się powtórzą — 15 dalszych dni tego samego leczenia.

Jerzy Farner (Łódź)

J. MALLARMÉ

Adenogram choroby Hodgkina i rozwój komórki Sternberga

Pr. méd. 1947, 74, 804—805.

W ozdobionym pięknymi rycinami artykule autor dowodzi, że punkcja węzłów chłonnych jest zabiegiem, który powinien być wykonany przed biopsją, gdyż jest łatwiejszy do wykonania a daje wcześniej odpowiedź, kiedy zachodzi podejrzenie o chor. Hodgkina. Odpowiedzi wątpliwe przy tej metodzie nie są częstsze, niż po biopsji. Adenogram pozwala studiować rozwój komórek Sternberga z komórek siateczkowych. Z badań autora wynika, że niektóre przypadki choroby Hodgkina, w których występują liczne złośliwe komórki siateczkowate, są bliskie retikulo-sarkomatoz.

J. Chlebowski

J. H. ANNEGERS i A. C. IVY

Wpływ tłuszczu pokarmowego na opróżnianie żołądka

(Am. J. Physiol., 1947, 150, 461—465, ref. Am. J. Med. Ass. 1947, 135, 15, 1028).

Dotychczasowe metody oznaczania szybkości opróżniania się żołądka były niedokładne. Dopiero nowe metody pozwalają używać wszystkich składników normalnego pożywienia. Autorzy podawali 3 osobnikom posiłek próbny zawierający 1500 kal., o stałej wadze i objętości, ale o różnej ilości tłuszczu. Tłuszcz wyraźnie opóźniał opróżnianie się żołądka, a przy tym nie zauważono wyraźnej różnicy pomiędzy wpływem słoniny i roślinnego tłuszczu (oleju) z dodatkiem węglowodanów. Nie było też różnicy we wpływie na objawy żołądkowo-jelitowe.

J. Chlebowski

Z IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

Komunikat Nr 1/48

Wedle zarządzenia Naczelnej Izby Lekarskiej, ogłoszonego w numerze grudniowym czasopisma „W Służbie Zdrowia", winni lekarze opodatkować się na rzecz akcji „Pomocy Zimowej" i wpłacić na ten cel od 500—1000 zł. Wzywamy Kolegów do jak najrychlejszego zastosowania się do powyższego zarządzenia i wpłacenia stosownej sumy na rachunek Akcji Pomocy Zimowej P. K. O. Warszawa I. 54076.

Sekretarz
Dr A. Ameisen

Prezes
Dr J. Jasieński

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WE WROCŁAWIU

Streszczenie protokołów z posiedzeń.

XXV posiedzenie z dnia 4. IV. 1947 r.

Dr I. Szyszkowicz z Zakładu Mikrobiologii przedstawiła i omówiła przypadki obcogrupowości krwi dotyczącej czynnika Rh u matki i płodu. Autoreferatu nie nadesłano.

W *dyskusji* zabierali głos: Prof. Hirszfeld, dr Wierzbowska, Prof. Hirszfeldowa, Prof. Skibiński i dr Godlewski.

Dr Tuszkiewicz z II Kliniki Wewnętrznej przedstawił 3 przypadki choroby Basedowa centralnego pochodzenia. Autoreferatu nie nadesłano.

W *dyskusji* zabierali głos: Prof. Falkiewicz, dr Teppa, Prof. Skibiński, Prof. Hirszfeld, dr Falkiewiczowa i dr Godlewski.

XXVI posiedzenie z dnia 15. IV. 1947 r.

Dr I. M o s z k o w s k a z Kliniki Pediatrycznej przedstawiła przypadek perforowanego zapalenia wyrostka robaczkowego u 6-tygodniowego dziecka. Autoreferatu nie nadesłano.

W *dyskusji* zabierali głos: Prof. A l b e r t, Prof. Z a l e w s k i, Prof. S k i b i ń s k i, dr K n a p p e.

Dr K o s s o w s k i z Kliniki Laryngologicznej przedstawił przypadek septycznego zapalenia zatoki esowatej wyleczony penicyliną. Autoreferatu nie nadesłano.

Doc. J a n k o w s k i z Kliniki Laryngologicznej wygłosił odczyt pod tytułem: O rozpoznawaniu ostrego zapalenia wyrostka sutkowego. Autoreferatu nie nadesłano.

W *dyskusji* zabierali głos: Prof. Z a l e w s k i, dr K o s s o w s k i, Prof. S k i b i ń s k i, Prof. H i r s z f e l d o w a.

XXVII posiedzenie z dnia 22. IV. 1947 r.

Dr M i l g r o m z Zakładu Mikrobiologii omówił masowe badania serologiczne w kierunku kiły na terenie Województwa Dolnośląskiego. Autoreferatu nie nadesłano.

W *dyskusji* przemawiali: Prof. H i r s z f e l d i dr K n a p p e.

Dr B ü h n ze Szpitala OO. Bonifratrów przedstawił przypadek tropikalnej sprue. Prelegent zdał sprawozdanie z przypadku sprue u chorej, która przybyła z Turkiestanu. Choroba trwała od 3 lat i przebiegała z kilkoma remisjami. Parokrotne leczenie przy zastosowaniu preparatów wątrobowych i witaminowych oraz przetaczania krwi przynosiły poprawę. Wreszcie ostatni nawrót po przebytej grypie mimo zastosowania wyżej wymienionych środków doprowadził do zgonu. Prelegent omówił obraz kliniczny i patogenezę sprue, podnosił też wartość leczenia kwasem liściowym i tyminą.

W *dyskusji* przemawiała Prof. H i r s z f e l d o w a.

Dr T e p p a z Kliniki Neurologicznej przedstawił przypadek zapalenia opon mózgowych na tle wągrzycy. Prelegent przedstawił przebieg choroby u kobiety, którą obserwowano od 6 miesięcy. Choroba zaczęła się przed 18 miesiącami i znamionowała się stałymi objawami oponowymi. Dopiero w czasie ostatnich nakłuć lędźwiowych wykonanych w pozycji siedzącej wydobyto strzępy tkankowe, które w Zakładzie Anatomii Patologicznej rozpoznano jako cysticercus racemosus. Prelegent omówił pokrótce postacie wągrzycy układu nerwowego.

W *dyskusji* przemawiali: dr S t a r c z y k, mgr S z y m a ń s k a i dr K n a p p e.

Dr I. S z y s z k o w i c z z Zakładu Mikrobiologii i dr K. G i b i ń s k i z I Kliniki Wewnętrznej przedstawili wyniki zastosowania surowicy przeciwlimfocytowej w przypadku białaczki limfatycznej. Doniesienie ukazało się drukiem w P. Tyg. Lek. 1948.

W *dyskusji* zabierali głos: prof. H i r s z f e l d, dr G o d l e w s k i i dr T u s z k i e w i c z.

XXVIII posiedzenie z dnia 29. IV. 1947 r.

Prof. L e n a r t o w i c z przedstawił przypadek obojnactwa. Prelegent przypomniał cechy obojnactwa, omawiając pokrótce występowanie tego zjawiska u roślin, zwierząt i ludzi i podkreślił różnice zachodzące między obojnactwem prawdziwym, rzekomym i nijakim. Następnie przedstawił 20-letnią kobietę z rozwiniętymi narządami płciowymi żeńskimi (pierwsza menstruacja w bieżącym roku) oraz niektórymi cechami drugorzędnymi męskimi, jak: penis, silny zarost na brodzie i wardze górnej, silne owłosienie piersi, owłosienie brzucha o typie męskim, gruczoły mleczne niewyczuwalne, miednica typu męskiego.

Dr K l a w e z Kliniki Ginekologicznej przedstawił przypadek przerzutów nowotworu części pochwowej do skóry. Autoreferatu nie nadesłano.

W *dyskusji* zabierali głos: dr K r z y s z t o p o r s k i, prof. G r o e r i dr K n a p p e.

Prof. L e w e n f i s z-W o j n a r o w s k i z Łodzi wygłosił odczyt pt. Nowe objawy i metody postępowania w zapaleniu ucha u niemowląt. Autoreferatu nie nadesłano.

W *dyskusji* przemawiali doc. J a n k o w s k i, prof. Z a l e w s k i, prof. H i r s z f e l d o w a, prof. G r o e r, dr G o d l e w s k i i prof. G r a b o w s k i.

XXIX posiedzenie z dnia 13. V. 1947 r.

Dr K o s s o w s k i z Kliniki Laryngologicznej przedstawił przypadek pseudoropnia mózgu pochodzenia nosowego. Autoreferatu nie nadesłano.

Dyskutowali: dr F a l k i e w i c z o w a, prof. F a l k i e w i c z, prof. Z a l e w s k i, dr B ü h n, dr M a s n y, dr H e l l e r i dr M o s z k o w s k a.

Dr M ę d r a ś z Zakładu Anatomii Patologicznej omówił przypadek zapalenia otrzewnej wywołanego przez owsiki. Autoreferatu nie nadesłano.

W *dyskusji* zabierali głos: prof. S k i b i ń s k i, dr G o d l e w s k i, prof. A l b e r t, dr K n a p p e i dr B ü h n.

Dr M a l e j c z y k z P. Z. H. wygłosiła odczyt pt. W sprawie bakteriologii i epidemiologii paratyfusu „A". Autoreferatu nie nadesłano.

W *dyskusji* przemawiali: prof. H i r s z f e l d, dr T u s z y ń s k i i prof. S k i b i ń s k i.

XXX posiedzenie z dnia 25. V. 1947 r.

Dr J a s i ń s k i z II Kliniki Wewnętrznej i dr Z a w a r t k a z I Kliniki Chirurgicznej przedstawili operacyjnie leczony przypadek zarośnięcia worka osierdziowego w następstwie ropnego zapalenia. Autoreferatu nie nadesłano.

W *dyskusji* zabierali głos: prof. A l b e r t, prof. F a l k i e w i c z, dr K n a p p e i prof. C z y ż e w s k i.

Dr C i e s z y ń s k i wygłosił odczyt pt. Układ naturalny środków odżywczych. Referat ukazał się drukiem.

Po referacie wywiązała się żywa dyskusja, w której zabierali głos: prof. G r o e r, prof. B a r a n o w s k i, prof. K o w a r z y k, dr T u s z k i e w i c z, dr G o d l e w s k i, prof. F a l k i e w i c z, dr M a s n y i doc. C h w a l i b o g o w s k i.

XXXI posiedzenie z dnia 10. VI. 1947 r.

Dr S z c z ę ś n i a k z Kliniki Pediatrycznej i dr S t a r z y k z Zakładu Anatomii Patologicznej przedstawili przypadek złośliwego nowotworu nadnercza i wady serca u niemowlęcia. U dziecka 3-miesięcznego przyjętego do Kliniki z powodu duszności, sinicy i gorączki rozpoznawano wrodzoną wadę serca, której zidentyfikowanie było niemożliwe. Przypuszczano, że wada dotyczy tętnicy płucnej. Na sekcji znaleziono stenosis et insuff. a. pulm., a nadto stwierdzono duży nowotwór lewego nadnercza z przerzutami w wątrobie. Nowotwór ten charakteryzuje się tym, że klinicznie nie daje żadnych objawów, stąd

jego rozpoznanie jest niemożliwe i wszystkie opisywane dotychczas przypadki rozpoznawane były na stole sekcyjnym.

W dyskusji zabierali głos: prof. Albert, prof. Zakrzewski, prof. Hirszfeldowa i prof. Kowarzyk.

Dr Jasiński z II Kliniki Wewnętrznej przedstawił przypadek niedokrwistości złośliwej połączonej z dobrotliwym guzem żołądka. Autoreferatu nie nadesłano.

W dyskusji zabrał głos dr Kubrakiewicz.

Prof. Zalewski wygłosił odczyt pt. Narząd słuchu w zagadnieniach higieny pracy (część I).

XXXII posiedzenie z dnia 24. VI. 1947 r.

Dr Czyżewska z Kliniki Pediatrycznej przedstawiła przypadek meningitis pneumococcica u 10-miesięcznego dziecka. Autoreferatu nie nadesłano.

W dyskusji zabrał głos dr Knappe.

Prof. dr Zalewski wygłosił II część odczytu pt. Narząd słuchu w zagadnieniach higieny pracy. Całość ukaże się drukiem nakładem Lekarskiego Instytutu Wydawniczego.

W dyskusji przemawiali dr Knappe, dr Godlewski i dr Leligdowicz.

XXXIII posiedzenie z dnia 8. VII. 1947 r.

Dr Gamski z II Kliniki Wewnętrznej przedstawił dalsze losy chorego po kardiolizie demonstrowanego na posiedzeniu w dniu 25. V. 1947 r. Autoreferatu nie nadesłano.

W dyskusji zabrała głos prof. Hirszfeldowa.

Prof. Bocheński wygłosił odczyt pt. Krytyczne uwagi w sprawie czynnego czy biernego prowadzenia porodów. Referat ukazał się drukiem w Śląskiej Gazecie Lekarskiej.

W dyskusji przemawiali dr Krzyszłoporski i prof. Hirszfeldowa.

XXXIV posiedzenie z dnia 21. X. 1947 r.

Posiedzenie rozpoczęto od Walnego Zebrania. Imieniem ustępującego Zarządu Prezes dr Knappe złożył sprawozdanie z dotychczasowej działalności Towarzystwa, po czym odczytał zatwierdzony przez władze statut. Następnie drogą głosowania wybrano nowy Zarząd w składzie: Prezes — dr W. Knappe, wice-prezes — prof. dr A. Falkiewicz, sekretarz — dr K. Gibiński, skarbnik — dr St. Bühn, bibliotekarz — dr Baraban, gospodarz — prof. Czyżewski, redaktor — prof. Demianowski, zastępca — dr Boychuk, sekretarz stały — prof. L. Hirszfeld. Komisja Rewizyjna: dr Gierszewski, dr Hałaziński i dr Adamek.

W drugiej części zebrania dr Szpilczyński ze Szpitala Św. Jadwigi wygłosił referat pt. O przewlekłym gośćcu układu korzonkowego. Autoreferatu nie nadesłano.

W dyskusji zabierali głos: prof. Jaburek i prof. Grabowski. Sekretarz: *Dr Gibiński*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

RUCH W TOW. LEK. — ZJAZDY

Dnia 3 marca 1948 r. odbyło się zwyczajne posiedzenie naukowe Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: 1) Lek. Król Władysław: Rzadka postać choroby Recklinghausena. — 2) Dr Jakóbiec Mieczysław: Znaczenie rozpoznawcze obrazu drobnowidowego w przypadkach wysięków nowotworowych błon surowiczych. — 3) Lek. Urbański Bolesław i Lek. Kieć Edward: Omówienie wyników leczenia dożylnym podawaniem nowokainy z atropiną. — 4) Lek. Król Władysław: Dotychczasowe próby leczenia calciferolem gruźliczego zapalenia błon surowiczych.

Dnia 10 marca 1948 r. odbyło się zwyczajne posiedzenie naukowe Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: Dr A. Surdacki: Demonstracje przypadków dusznicy bolesnej leczonej tiouracylem. — Dr Al. Neuman: O licznych odprowadzeniach przedsercowych elektrokardiogramu (referat). — Dr J. Stanowski: O zastosowaniu klinicznym odprowadzeń przedsercowych elektrokardiogramu (referat z pokazami filmów).

Dnia 30. I. 1948 r. odbyło się posiedzenie Polskiego T-wa Eugenicznego z następującym porządkiem dziennym; 1. Zagajenie posiedzenia. — 2. Odczytanie protokołów poprzednich posiedzeń. — 3. Sprawozdanie z działalności Towarzystwa: wykłady dla lekarzy, urzędników administracji, powołanie do życia Sekcji Prawnej i Wychowawczej oraz walki ze zwyrodnieniem rasy. — 4. Odczyt Dr Łucjana Dobrowolskiego: „Stan eugeniki w świecie przed ostatnią wojną światową" oraz „Program norweskich eugenistów". — 5. Dyskusja (udział Towarzystwa Eugenicznego w związkach wszechświatowych). Ponowne powołanie do życia Sekcji Eugenicznej w Państwowej Radzie Zdrowia. — 6. Wnioski członków.

REDAKCJA OTRZYMAŁA:

M. Jarema: La technique et les resultats du traitement des maladies mentales par les electro-chocs. Odb. z „La Semaine des Hopitaux de Paris", nr 33, 1947.

Instrukcja o organizacji i działalności ośrodków zdrowia. Załączniki do „Dziennika Zdrowia" Nr 19/20 1947. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 1947, Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy.

Dr Karol Sęczyk: Ankylostomiaza (glistnica górnicza). Wyd. Inst. Nauk.-Bad. P. W., Katowice 1946.

Dr Karol Sęczyk: Ratownictwo górnicze. Centr. Zarząd Przem. Węgl. — Biuro Wydawnictw Technicznych, Katowice 1947.

A. Ber: Endokrynologia. Wyd. „Książka", Warszawa 1947.

Życie Nauki. Nr 23—24. 1947.

SPROSTOWANIE

W artykule dra Józefa Godlewskiego pt. „O niektórych odchyleniach przebiegu świnki..." powinno być:

str 18 szpalta II wiersz 4 góro zamiast 23 ma być 2-3
„ 20 „ II „ 17 „ „ nie „ „ —
„ 20 „ II „ 18 „ „ do uwierzenia ma być do przyjęcia
„ 20 szpalta I wiersz 13 góra zamiast etiologicznie ma być etiologicznym.

WYDZIAŁ POWIATOWY W RZESZOWIE

ogłasza

KONKURS

na stanowisko lekarza okręgowego i kierownika Okręgowego Ośrodka Zdrowia w B ł a ż o w e j (miasteczko)

Warunki:

1) dowód obywatelstwa polskiego
2) dyplom lekarski
3) prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim
4) Zaświadczenie z dotychczasowej praktyki i pracy
5) Życiorys.

Podania wraz z uwierzytelnionymi odpisami dokumentów należy składać do dnia 1. kwietnia 1948 r. w Wydziale Powiatowym w Rzeszowie.

Podania nieuwzględnione pozostaną bez odpowiedzi.

Szeroka praktyka lekarska zapewniona ze względu na brak lekarzy w promieniu 20 km.

Mieszkanie przy Ośrodku Zdrowia, dojazd do Błażowej autobusem ze Rzeszowa (godzina drogi).

Warunki płacy do omówienia z lekarzem powiatowym w Rzeszowie.

Jednorazowy zasiłek 50.000 zł. zapewniony po złożeniu zobowiązania o trzechletniej służbie na przyjętym stanowisku.

Przewodniczący Wydziału Powiatowego
podp. **Pietkiewicz Tadeusz wr.**
Starosta Powiatowy

W Sanatoriach dla dzieci w Uzdrowisku Rabka
(Wojew. Krakowskie)

w a k u j ą p o s a d y:

lekarzy ordynatorów, dobrze obeznanych z chorobami wieku dziecięcego (w szczególności gruźlicy), lekarza-rentgenologa, kierownika laboratorium, lekarzy-asystentów i pielęgniarek.

U p o s a ż e n i e według tabeli płac, ustalonej przez Ministra Zdrowia dla Pracowników Służby Zdrowia (Okólnik Nr 32/47 z dnia 5. VIII. 1947 r.).

40% dodatek sanatoryjny i 15% interwencyjny w Rabce.

Mieszkanie zapewnione.

Dodatkowe świadczenia dla pracowników, posiadających dzieci na swym utrzymaniu.

Zgłoszenia wraz z odpisami dokumentów **należy kierować: Dyrekcja Zespołu Sanatoriów dla Dzieci w Rabce, Wojew. Krakowskie.**

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
(Dr med. H. R u d z i ń s k i)

APARAT ROENTGENA

DLA CELÓW DIAGNOSTYCZNYCH

DO SPRZEDANIA – WIADOMOŚĆ: BASZTOWA 4. m. 3

IZBA LEKARSKA W KRAKOWIE

przypomina swoim P. T. członkom, że składki członkowskie przesyłać można czekami PKO dla Izby Lekarskiej numer konta IV. 132, dla Kasy Wzajemnej Pomocy Lekarzy numer konta IV. 143.

To znak doskonałych środków leczniczych

ERBE

To znak doskonałych środków leczniczych

CRESOLAN Syrop kreozotowy. Stanowi doskonały expecorans, a równocześnie sedativum i tonicum.

Skabinoderma Dobrze wchłanialna maść przeciw świerzbowi

Haematogen Lek wzmacniający. Wpływa dodatnio na ustrój nerwowy

PARAMINT Tabletki. Dezynfekują krtań i jamę ustną

»ERBE« Sp. z o. o.
dawniej R. BARCIKOWSKI S. A.

POZNAŃ. UL. TOWAROWA Nr 22

Drukarnia Nr 3 Spółdzielni Wydawniczej „Wiedza" Kraków, Orzeszkowej 7. Nr. zam.: 87 — 2.500 — 9. III. 48 — M — 43167